



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

Prevenção da espasticidade na pessoa com AVC:

Intervenções promotoras do autocuidado

Carlos Miguel Nunes Rodrigues

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

Prevenção da espasticidade na pessoa com AVC:

Intervenções promotoras do autocuidado

Carlos Miguel Nunes Rodrigues

Professora Doutora Vanda Marques Pinto

2014

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

AVC - Acidente vascular cerebral

AVD – Atividades de vida diária

CMER – Curso de mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem de reabilitação

DGS – Direção Geral da Saúde

DPOC – Doença pulmonar Obstrutiva Crónica

EC – Ensino Clínico

EC1 – Ensino Clínico realizado num serviço de medicina

EC2 – Ensino Clínico realizado num serviço de Pneumologia

EC3 – Ensino Clínico realizado numa unidade de cerebrovasculares

ECD – Exames complementares de diagnóstico

EEER – Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GUSS – The Gugging Swallowing Screen

Kcal – Quilocalorias

Kg – Quilograma

MAS – Escala de Ashworth modificada

MET – Equivalente Metabólico

MIF – Medida de independência funcional

NDT – Terapia neurodesenvolvimental

NHSS – Escala do acidente vascular cerebral do *National Institutes of Health*

OMS – Organização mundial de saúde

QdV – Qualidade de Vida

RFR – Reeducação funcional respiratória

RSL – Revisão sistemática da literatura

SNC – Sistema nervoso central

TOR-BSST – The Toronto Bedside Swallowing Screening Test

VNI – Ventilação não invasiva

RESUMO

O AVC constitui uma importante causa de morbilidade e mortalidade a nível mundial, e em Portugal constitui a principal causa de dependência e de incapacidade, principalmente nas pessoas mais idosas. As suas consequências podem ser de grande impacto, motivando uma procura grande de recursos de diagnóstico, tratamento e recuperação, tratando-se de um importante problema de saúde.

A pessoa que tem um acidente vascular cerebral (AVC) poderá apresentar vários problemas associados à lesão neurológica. Dependendo da etiologia, localização e gravidade inicial do AVC, podem surgir perda de força e de sensibilidade, distúrbios de linguagem, perda do equilíbrio da ou coordenação, distúrbios visuais, bem como a incontinência intestinal e vesical. Neste relatório, centro-me particularmente nas disfunções motoras, nomeadamente naquelas que envolvem alteração do tônus muscular devido à ocorrência de um AVC. As alterações de tônus muscular condicionam o processo de reabilitação de um doente com AVC, pois a um período de flacidez inicial pode seguir-se um período de espasticidade. O início da espasticidade é variável e pode ocorrer a curto, médio ou longo prazo.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) tem uma função importante na gestão da espasticidade e, por isso, o conhecimento de intervenções específicas que previnam a espasticidade e que promovam o autocuidado é fundamental. Estes profissionais devem estar capacitados para avaliar as necessidades de autocuidado de um doente com AVC, sejam elas reais ou potenciais. Para isso é central a análise rigorosa quer dos fatores condicionantes básicos, quer dos requisitos de autocuidado. Só assim o EEER consegue atender à individualidade de cada ser humano e dos seus conviventes significativos, procurando dar resposta a todas as necessidades físicas, psicológicas e psicossociais.

Palavras chave: Acidente Vascular Cerebral; Enfermagem de Reabilitação; Espasticidade; Autocuidado; Orem.

ABSTRACT

Stroke is an important morbidity and mortality cause all over the world, and it is the first cause for disability and dependence in Portugal, especially among elders. Stroke consequences can have an enormous impact, causing great demands for diagnostic, treatment and rehabilitation resources, what makes stroke an important public health issue.

The person with stroke might present several problems related with their neurological condition. Depending on stroke's etiology, localization and initial severity, we may encounter diminished strength or sensibility, lack of balance or coordination, visual or language problems, as well as bowel or bladder incontinence. Along this report, I will focus my attention in motor disabilities, especially those related with altered muscle tone due to stroke. Changes in muscle tone affect the stroke patient rehabilitation process, for following an initial flaccidity period spasticity may settle. Spasticity's beginning is variable and may occur on short, medium or long term.

The certified rehabilitation registered nurse (CRRN) has an important role on spasticity management and, as such, is fundamental to have profound knowledge about specific interventions that avoid spasticity and promote self-care. These professionals are required to be qualified to accurately evaluate stroke patient self-care need, whether real or potential. To achieve so it is fundamental a strict analysis of basic conditioning factors and of self-care requirements. This is the only way the CRRN can attend every patient's individuality, as well as theirs significant ones, providing answers to all presented physical, psychological and psychosocial needs.

Keywords: Stroke; Rehabilitation Nursing; Spasticity; Self Care; Orem.

Índice

| | |
|--|-----|
| Introdução | 7 |
| 1. A espasticidade como sequela do AVC | 11 |
| 1.1 – As intervenções do EEER na prevenção da espasticidade na pessoa pós AVC | 13 |
| 2. Competências do EEER na promoção do autocuidado da pessoa com AVC | 16 |
| 2.1 – Requisitos de autocuidado universais | 18 |
| 2.1.1 – Manutenção de uma quantidade suficiente de ar | 19 |
| 2.1.2 – Manutenção de uma ingestão suficiente de água e alimentos | 20 |
| 2.1.3 – Provisão de cuidados associados a processos de eliminação | 26 |
| 2.1.4 – Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso | 32 |
| 2.1.5 – Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social | 37 |
| 2.1.6 – Prevenção de perigos para a vida, para o funcionamento e bem-estar | 42 |
| 2.1.7 – Promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal | 45 |
| 2.2 – Requisitos de autocuidado de desenvolvimento | 46 |
| 2.3 – Requisitos de autocuidado de desvio de saúde | 47 |
| 3. A pessoa com patologia respiratória - Competências do EEER | 52 |
| 4. Reflexão Final | 53 |
| Bibliografia | 57 |
| Apêndices | 74 |
| Apêndice 1 – Plano de atividades do EC | 75 |
| Apêndice 2 – Cronograma do EC | 85 |
| Apêndice 3 – Breve caracterização dos campos de EC | 87 |
| Apêndice 4 – Definição, prevalência, fatores preditivos, avaliação e tratamento da espasticidade pós AVC | 92 |
| Apêndice 5 – RSL sobre a prevenção da espasticidade no doente com AVC | 100 |

| | |
|--|-----|
| Apêndice 6 – Modelo de avaliação de enfermagem de reabilitação à luz de Dorothea Orem | 129 |
| Apêndice 7 – Teoria dos sistemas de Enfermagem – breve explicação | 146 |
| Apêndice 8 – Planos de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação doente com AVC | 149 |
| Apêndice 9 – Plano de sessão e diapositivos da formação intitulada: Prevenção da espasticidade no doente com AVC - cuidados de enfermagem..... | 180 |
| Apêndice 10 – Espelho de reeducação funcional – justificação da sua pertinência | 193 |
| Apêndice 11 – Espelho de reeducação funcional – diapositivos da apresentação | 201 |
| Apêndice 12 – Modelo <i>life-style performance</i> | 209 |
| Apêndice 13 – Diapositivos de apresentação de planos de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação para um doente com DPOC..... | 212 |
| Apêndice 14 – Um percurso de aquisição de competências do EEER no cuidar da pessoa com patologia respiratória..... | 239 |
| ANEXOS | 255 |
| Anexo 1 – Certificado de Aproveitamento para utilização da NIHSS | 256 |

INTRODUÇÃO

O presente relatório de ensino clínico (EC) surge no culminar da fase final de um processo de aprendizagem, pretendendo concluir o projeto desenvolvido no final do 2º semestre do 1º ano do 3º curso de mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem de reabilitação (CMER).

Da realização do projeto de EC emergiu um plano de atividades a desenvolver no decorrer do EC, por forma a poder atingir os objetivos a que me propus. Este plano de atividades encontra-se esquematizado sob a forma de tabela no apêndice 1. Após esta etapa, foi necessário encontrar campos de EC que por um lado fossem adequados à concretização dos objetivos e à efetivação das atividades planeadas e por outro lado apresentassem disponibilidade para a realização do EC de acordo com os *timings* estipulados pela ESEL. Após o ultrapassar de alguns constrangimentos na conciliação destas duas variáveis, resultou o cronograma de EC que pode ser consultado no apêndice 2. O EC decorreu em 3 serviços diferentes: o primeiro (EC1) decorreu num serviço de medicina, o segundo (EC2) decorreu num serviço de pneumologia e o terceiro (EC3) decorreu numa unidade de cerebrovasculares. No apêndice 3 exponho uma breve caracterização de cada um dos serviços.

Com o EC pretende-se assegurar a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, aptidões e atitudes necessárias às intervenções específicas da enfermagem de reabilitação. Com a realização deste relatório pretendo elencar as competências específicas do enfermeiro especialista com especial ênfase nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) adquiridas ao longo do EC, tendo como foco central a prevenção da espasticidade na pessoa com acidente vascular cerebral (AVC) bem como as intervenções de enfermagem de reabilitação promotoras de autocuidado da pessoa após o AVC. A escolha das complicações secundárias ao AVC, nomeadamente as intervenções de

enfermagem na prevenção da espasticidade e na promoção do autocuidado como tema central deste relatório, deveu-se a vários fatores, nomeadamente: uma motivação pessoal, uma necessidade de aprofundar conhecimentos sobre esta temática, uma necessidade profissional como futuro EEER e por constituir um tema pertinente e atual quer a nível nacional como internacional.

O AVC constitui uma importante causa de morbilidade e mortalidade a nível mundial (Direcção-Geral da Saúde - Direcção de Planeamento, 2001), em Portugal é considerada a principal causa de dependência e de incapacidade principalmente nas pessoas mais idosas (Sá, 2009). Em 2012, a nível nacional, observou-se um total de 35353 de utentes admitidos em hospitais por doenças cerebrovasculares (mais 3535 casos do que em 2009). Foi também a segunda doença com maior número de dias de internamentos hospitalares tendo sido responsável por cerca de 15% do total de dias de internamento (Direcção-Geral da Saúde, 2012; Nogueira & Rosa, 2013). As suas consequências podem ser de grande impacto, motivando uma procura muito grande ao nível de recursos de diagnóstico, tratamento e recuperação, tratando-se de um importante problema de saúde (World Health Organization, Stroke, Cerebrovascular accident, s/d).

Na minha prática diária e de acordo com vários autores (Brainin, et al., 2011; Esquenazi, 2011; Lima, Lima, Freitas, Tortoza, & Lopes-martins, 2004), apercebo-me que muitos doentes¹ acometidos por um AVC desenvolvem em maior ou menor intensidade, mais precoce ou mais tardiamente, espasticidade. Por outro lado, tal como refere Ward (2012), a espasticidade pode limitar o potencial de sucesso da reabilitação. Assim, enquanto futuro EEER, considero fulcral o conhecimento pormenorizado das intervenções terapêuticas direccionadas para a prevenção e/ou tratamento da espasticidade. Este conhecimento permitirá uma atuação precoce de

¹ Consciente de que o termo recomendado pela Ordem dos enfermeiros é cliente, neste relatório opto por utilizar os termos doente ou pessoa, pois são os termos utilizados por Orem ao longo da sua teoria. A autora refere que o uso da terminologia cliente remete-nos para os “campos jurídicos, do comércio e dos negócios” (Orem, Nursing concepts of practice, 2001, p. 70) (trad. do autor).

modo a prevenir ou reduzir a intensidade da espasticidade na pessoa com AVC. Isto porque, tal como refere Ryu, Lee, Lee, & Chun (2010), a intervenção precoce, ou tratamento profilático, pode reduzir ou até prevenir o desenvolvimento de espasticidade após o AVC. Desta forma, o EEER deve alicerçar a sua prática na identificação, prescrição, implementação, monitorização e avaliação de intervenções que “promovam ações preventivas, assegurem a capacidade funcional, previnam complicações e evitem incapacidades ou minimizem o impacto das incapacidades instaladas (...), ao nível das funções neurológica, (...), motora ou de outras deficiências e incapacidades” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 5).

De modo a enquadrar o tema central deste projeto no âmbito da enfermagem, opto por utilizar a teoria do défice de autocuidado de enfermagem (Orem, 1993; 2001). O autocuidado enquanto conceito central da teoria de Dorothea Orem, aliado às intervenções de enfermagem (enquanto agente de autocuidado terapêutico) vai ao encontro do objetivo central deste relatório e das competências adquiridas no decorrer do EC nomeadamente ao que concerne à promoção do autocuidado.

De um modo geral, as pessoas que sofrem um AVC, e em particular aquelas que apresentam espasticidade, deparam-se com alterações na sua capacidade para desenvolverem ações de autocuidado. Quando as necessidades de autocuidado são superiores à capacidade da pessoa para se autocuidar surge o défice de autocuidado, o que se traduz numa necessidade de cuidados de enfermagem (Teoria do défice de autocuidado) (Orem, 2001). Assim o EEER, enquanto agente de autocuidado terapêutico, deve identificar esses défices e direcionar as suas intervenções de forma a colmatá-los, promovendo a independência na realização de comportamentos de autocuidado (ou dependência de agente de autocuidado) (Orem, 2001). O autocuidado é uma ação aprendida, um comportamento deliberado realizado pela pessoa com vista ao próprio benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Consiste nos sistemas de ação realizados pelas pessoas em tempo e em conformidade com requisitos de saúde que estão associados ao seu crescimento e desenvolvimento, seu estado de saúde, o ambiente e outros fatores que o possam influenciar (Orem, 1993, 2001).

Para a realização do presente relatório, recorri a várias fontes de informação, nomeadamente a Ebsco Host, Google, nos repositórios de várias faculdades, no arquivo da revista Pensar em Enfermagem *online* e recorri a livros e publicações periódicas disponíveis no centro de documentação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

O presente relatório encontra-se dividido em 4 capítulos. No primeiro capítulo realizo um enquadramento teórico sobre a espasticidade pós AVC, bem como sobre o papel do EEER na abordagem do doente com espasticidade pós AVC. No segundo capítulo pretendo relatar as intervenções realizadas durante o EC e as competências de EEER que foram adquiridas. De modo a sistematizar o pensamento da teórica de enfermagem, este capítulo divide-se em 3 subcapítulos que coincidem com os requisitos de autocuidado que Orem enuncia (requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento, de desvios de saúde). No terceiro capítulo pretendo relatar as intervenções realizadas perante a pessoa com doença respiratória, surge especificamente para dar resposta integral a todas as competências do EEER. Por fim na reflexão final é apresentado uma conclusão acerca do EC e do relatório. Complementarmente, junto apêndices e anexos onde apresento alguns dados importantes para a leitura e análise do presente relatório. Estes apêndices e anexos são apresentados pela ordem como são referenciados ao longo do texto.

Este relatório foi redigido de acordo com as normas apresentadas no guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações: Norma American Psychological Association (APA) na sua 6ª versão adotado pela ESEL (Godinho, 2012).

1. A ESPASTICIDADE COMO SEQUELA DO AVC

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o AVC como o desenvolvimento rápido de sintomas e/ou sinais focais, e por vezes globais (nos doentes em coma), de disfunção neurológica, com sintomas que perduram por um período superior a 24h podendo resultar na morte, sem outra causa aparente que a de origem vascular (Organização Mundial de Saude, 2006).

A pessoa que tem um AVC poderá apresentar vários problemas associados à lesão neurológica. Dependendo da etiologia, localização e gravidade inicial do AVC, pode surgir perda de força e de sensibilidade, distúrbios de linguagem, perda do equilíbrio da ou coordenação, distúrbios visuais, bem como a incontinência intestinal e vesical (Ferro & Pimentel, 2006). Neste contexto, irei centrar-me particularmente nas disfunções motoras, nomeadamente naquelas que envolvem alteração do tônus muscular. Perante uma lesão no sistema nervoso central (SNC) podem surgir sequelas a nível do movimento e do tônus muscular. A gravidade da perturbação do movimento, bem como a qualidade e o tipo de tônus predominante, dependem da localização e extensão da lesão (Ward, 2012). Imediatamente após o AVC é comum observar-se flacidez, sem movimentos voluntários no hemicorpo mais afetado, ou seja, verifica-se uma diminuição do tônus muscular e não existe resistência ao movimento passivo (Bobath, 1990). Ainda que a hipotonia possa persistir por um maior ou menor período, é frequente ser seguida pelo aparecimento de um quadro de hipertonia, sendo que este aumento do tônus muscular surge normalmente de modo distal para proximal (McGuire e Harvey, 1999). O início da espasticidade é altamente variável e pode ocorrer a curto, médio ou longo prazo após o AVC. (Ward, 2012).

No apêndice 4 procuro dar continuidade à temática abordada neste capítulo, nomeadamente sobre aspetos relacionados com a definição de espasticidade,

prevalência, fatores preditivos, avaliação, atitude de Wernicke-Mann e abordagens terapêuticas na gestão na espasticidade.

O conhecimento sobre o impacto da espasticidade no autocuidado, não está claro na literatura consultada. O objetivo específica 2 – analisar o impacto da espasticidade pós AVC no autocuidado – planeado inicialmente no projeto de EC pretendia exatamente conhecer as implicações práticas da espasticidade no autocuidado, no entanto apenas prestei cuidados a 1 doente com espasticidade pós AVC, pelo que as conclusões não foram significativas, deste modo houve necessidade de reformular as atividades para a concretização deste objetivo. Portanto, em vez de realizar uma análise prática, tive de optar por uma análise teórica através da revisão da literatura de modo a analisar o impacto da espasticidade nas pessoas com AVC.

Lianza & al (2001) refere que a espasticidade pode constituir por si só causa de incapacidade, afetando o sistema músculo-esquelético e limitando a função motora normal. Noutro estudo que relaciona a avaliação da escala de Ashworth Modificada (MAS) e o índice de Barthel 1 ano pós AVC revelara que a incapacidade provocada pela espasticidade pode variar entre 4% e 33% (Lundstrom, Terént, & Borg, 2008; Watkins, et al., 2002). Assim, este impacto pode variar entre efeitos relativamente pequenos na qualidade do movimento a grandes dificuldades na execução das atividades da vida diária (AVD) (Lianza & al, 2001). Além das limitações motoras decorrentes da própria espasticidade pós AVC, esta é também associada ao aumento do risco para outras comorbilidades. Atualmente, existem vários estudos que demonstram que a espasticidade pode ter consequências ao nível da dor, da redução da mobilidade, da diminuição da qualidade de vida (QdV), do aumento do risco de quedas e fraturas, do aparecimento de úlceras de pressão e do aumento da sobrecarga dos cuidadores (Ward, 2012; Urban, et al., 2010; Esquenazi, 2011). Estas consequências podem limitar o potencial de sucesso da reabilitação (Ward, 2012). Um outro aspeto fundamental a ter em conta perante um doente com espasticidade é a possibilidade de desenvolvimento de contraturas, que também podem dificultar ou retardar o processo de reabilitação (Smania, et al. 2010).

A relação entre espasticidade e função não está clara, apesar de haver evidências clínicas de que a espasticidade limita os movimentos voluntários. Alguns autores referem não haver uma relação direta entre a *performance* dos movimentos voluntários e a hiperatividade do reflexo de estiramento (Teixeira-Salmela, Olney, & Brouwer, 1998; Feys, et al., 1998). Apesar de ainda se verificar uma escassez de estudos que comprovem uma melhoria direta da funcionalidade com a redução da espasticidade existem alguns estudos que demonstram existirem ganhos funcionais com a redução da espasticidade. Francis, et al., (2004) e Watkins, et al., (2002) demonstraram que doentes com espasticidade são significativamente mais propensos a viver em instituições do que na sua própria casa e apresentam significativamente menor capacidade funcional para se autocuidarem do que aqueles sem espasticidade.

1.1 – As intervenções do EEER na prevenção da espasticidade na pessoa pós AVC

A reabilitação, tal como afirma Hesbeen (2003), é uma prática multidisciplinar² que se baseia em conhecimentos científicos e tem como finalidade assegurar á pessoa com incapacidade ou deficiência e aos seus próximos, suprimir, atenuar ou ultrapassar os obstáculos geradores de desvantagem. Engloba a reeducação funcional, reinserção social e reintegração escolar ou profissional. A equipa de saúde deve ser multiprofissional, apesar de cada profissional da equipa desempenhar funções específicas no atendimento da pessoa com AVC e sua família, os domínios de conhecimentos e competências por vezes cruzam-se não existindo entre eles uma fronteira rígida.

² Em 1970 Piaget, introduziu o termo transdisciplinaridade (Wikipédia, a enciclopédia livre, 2014). “A transdisciplinaridade baseia-se na possibilidade de comunicação não entre campos disciplinares, mas entre agentes em cada campo, através da circulação não dos discursos, mas dos sujeitos dos discursos” (Rocha & Almeida, 2000, p. 99). Permitindo, deste modo uma tentativa de reunião do conhecimento global, de forma a melhor olhar os problemas (também eles globais), através dos contributos dos vários profissionais de diferentes disciplinas, afastando-se da fragmentação de conhecimentos da multi e interdisciplinaridade (Paul, 2005).

A reabilitação deve ser mais do que a aprendizagem de AVD, pois a promoção do autocuidado ultrapassa esses domínios, já que a pessoa necessita redescobrir qual o seu novo papel dentro da família, para poder enfrentar a realidade e os novos problemas do quotidiano. Esses fatores tornam a reabilitação um processo único e específico para cada indivíduo e o EEER deve procurar atender a essas necessidades nos aspetos físicos, psicológicos e sociais.

Kirkevold (2010) afirma que o EEER tem 4 funções essenciais na prestação de cuidados à pessoa com AVC: a função interpretativa (os enfermeiros ajudam as pessoas com AVC e suas famílias a compreender o processo de reabilitação, as consequências do AVC bem como as necessidades específicas de autocuidado), a função consoladora (os enfermeiros prestam apoio emocional nas várias fases de desenvolvimento do seu próprio percurso de viver após um AVC, baseia-se na construção de uma relação de confiança), a função de conservação (manutenção da função normal, prevenir as complicações e apoiar nas atividades de autocuidado) e a função integradora (promove-se o autocuidado, incentivando os doentes a usar as técnicas aprendidas nas salas de exercício de AVD e situações de treino para situações em que a formação não é o foco principal; esta é uma função integradora social, está intimamente relacionada com as funções de interpretação e consoladoras, mas o foco é em recuperar as funções e papéis sociais).

Para o desempenhar destas quatro funções fundamentais na prestação de cuidados de enfermagem, o enfermeiro deve apoiar-se nos cinco métodos de ajuda identificados por Orem (2001, 1993) na teoria do défice de autocuidado, nomeadamente: agir ou fazer pelo outro, guiar e orientar, proporcionar apoio físico e psicológico, proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar. A escolha do método de ajuda mais adequado deve basear-se no défice de autocuidado apresentado, ou seja, na relação entre as suas necessidades de autocuidado e as capacidades de ação da pessoa. Neste sentido, de acordo com Orem (2001; 1993), o EEER enquanto agente de autocuidado terapêutico, deve

efetuar uma cuidadosa avaliação para conhecer quais os défices de autocuidado³. Deste modo, o enfermeiro deve conhecer os fatores condicionantes básicos (intrínsecos e extrínsecos), bem como os requisitos de autocuidado e quando é que estes se transformam em necessidades terapêuticas de autocuidado (Orem, 2001; Denyes, Orem, & Bekel, 2001).

Uma vez que, não existe um tratamento definitivo para espasticidade, os objetivos da reabilitação são: a prevenção de contracturas e deformidades; e o aumento da funcionalidade de modo a reduzir a sua influência no autocuidado e melhorar a QdV. Assim, o EEER perante um doente com AVC desempenha um papel fundamental e determinante para o sucesso dum programa de reabilitação. A sua intervenção precoce antes do desenvolvimento da espasticidade pode evitar ou retardar o seu aparecimento. Quando a espasticidade já estiver instalada a sua intervenção deve orientar-se de modo a reduzir a sua influência em atividades de autocuidado. Tal como é referido no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2011 p. 5), os cuidados de Enfermagem de Reabilitação “têm por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da QdV, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades”. Assim, e dado que a espasticidade é entendida como complicação do AVC, a sua prevenção assume particular importância no âmbito nas funções do EEER.

De forma a dar resposta ao objetivo específico 1 do projeto de ensino clínico previamente elaborado – Identificar as intervenções de enfermagem de reabilitação perante a pessoa com AVC com intuito de prevenir a espasticidade (ver apêndice 1) – foi efetuada a RSL. A metodologia, a apresentação e discussão dos resultados pode ser consultada no apêndice 5.

³ O autocuidado é o conceito central da teoria do autocuidado, Orem define-o como comportamentos que o indivíduo realiza em seu “próprio benefício para manter a vida a saúde e o bem-estar” (Orem, 2001, p. 45). A atividade do autocuidado é entendida como uma habilidade humana, como resposta intencional às suas próprias necessidades em determinado local e momento.

2. COMPETÊNCIAS DO EEER NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DA PESSOA COM AVC

Neste capítulo pretendo enumerar atividade levadas a cabo no sentido de concretizar os objetivos 4,5 e 6 – planejar/prestar/avaliar cuidados de enfermagem de reabilitação no âmbito técnico/científico e relacional ao cliente/família com alterações do foro neurológico e/ou motor tendo em vista a promoção do autocuidado (ver apêndice 1). Em determinadas situações considero pertinente também refletir sobre algumas atividades que apesar de não terem sido realizadas (por questões relacionada com falta de oportunidade situacional), fazem parte das competências do EEER. Neste capítulo apenas me irei debruçar sobre as atividades realizadas no EC1 e no EC3.

Nesta análise do percurso de aquisição de competências parece-me importante não perder do horizonte o referencial teórico que norteia este relatório, ou seja, a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Orem. Pelo que, de forma a melhor sistematizar a descrição e análise das atividades realizadas opto por organizá-lo em torno dos requisitos de autocuidado⁴. Ao optar por esta compartimentação de apresentação das atividades efetuadas no decorrer do EC, pretendo apenas facilitar a exposição, pois considero que não podem ser olhadas isoladamente, já que todos os requisitos de autocuidado se influenciam e afetam o dia-a-dia de cada doente. Importa ainda referir que, ao longo do capítulo 2 não irei restringir-me apenas às intervenções do EEER na gestão das alterações do tônus muscular.

⁴ Os Requisitos de autocuidado são, por um lado, expressões formais de ações essenciais para se alcançarem as condições que têm um efeito efetivo ou presumido na regulação do funcionamento, desenvolvimento e bem-estar do ser humano no processo de vida, com os outros, em ambiente estáveis ou em mudança; e por outro, são princípios que guiam a seleção, escolha e condução de ações reguladoras no autocuidado (Orem, 2001).

Os requisitos de autocuidado são considerados as exigências fundamentais para a expressão do autocuidado, no entanto importa não esquecer que os fatores condicionantes básicos⁵ que fazem parte do ser humano (em determinado momento e lugar) influenciam diretamente a expressão do autocuidado. Deste modo, é também fundamental que esses fatores entrem em linha de conta para quantificar os défices de autocuidado e portanto as necessidades de autocuidado terapêutico (Orem, 1993; 2001).

Tendo em conta a primeira competência do EEER – “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 2) nomeadamente a unidade de competência “J1.1 Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades”, senti necessidade de elaborar um documento que servisse de modelo para a avaliação de enfermagem de reabilitação (exposto no apêndice 6). A construção deste documento iniciou-se logo no início do EC1 e foi sendo aperfeiçoado ao longo de todo o percurso. O processo de enfermagem, de acordo com Orem (2001), deve começar com uma avaliação inicial de modo a identificar quais os défices de autocuidado. Os fatores condicionantes básicos e os requisitos de autocuidado, bem como a interação entre eles, fornecem-nos dados fundamentais para essa avaliação. A utilização de escalas ou instrumentos de medida pode revelar-se uma mais-valia na avaliação inicial, subsequentes avaliações e comparação de resultados, pelo que na avaliação inicial de enfermagem de reabilitação incluí algumas escalas tais como: escala de Braden, MIF, escala de Ashworth modificada, entre outras. No entanto para uma correta utilização da escala é fundamental conhecer os descritores utilizados, por esse motivo e de modo utilizar corretamente a Escala do AVC do *National Institute of*

⁵ Fatores condicionantes básicos são as condições individuais ou ambientais (intrínsecos ou extrínsecos) que em determinado momento e lugar afetam os valores os requisitos de autocuidado existentes ou até mesmo a forma de cuidar das pessoas. Podem ser: a idade, sexo, estágio de desenvolvimento, saúde, situação sociocultural, sistema de cuidados de saúde, sistema familiar, estilos de vida, fatores ambientais e disponibilidade e adequação dos recursos” (Orem, 2001).

Health (NHISS) efetuei a certificação *on-line*, no *site* da faculdade de medicina da Universidade do Porto (o certificado pode ser consultado no anexo 1). Para as outras escalas, uma vez que não existe nenhum curso que certifique a sua utilização, procurei ler documentos que abordassem o modo de utilizar as respetivas escalas.

O EEER deve orientar as suas intervenções de acordo com as três classificações de sistemas de enfermagem propostas por Orem (1993, 2001) na teoria dos sistemas de enfermagem⁶ (sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio e ensino). No apêndice 7 apresento uma breve explicação desta teoria.

A elaboração de planos de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação é sem dúvida um momento de reflexão sobre a prática, permitindo orientar de forma sistematizada o processo de aquisição de resultados previstos com a atuação de enfermagem na promoção do autocuidado. Com estes objetivos, no decorrer do EC, foram realizados alguns planos de cuidados, apresento apenas o de um doente com AVC no apêndice 8.

2.1 – Requisitos de autocuidado universais

Os requisitos de autocuidado universais são comuns a todos os seres humanos e a todas as fases de desenvolvimento, estão associados a processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano (Orem, 1993; 2001). Estes requisitos de autocuidado serão abordados individualmente a seguir.

⁶ A teoria dos sistemas de enfermagem é o componente organizativo essencial da teoria de Orem, estabelecendo a ligação entre a enfermagem e as propriedades do doente (capacidade para autocuidado e necessidades de autocuidado) (Orem, 1993, 2001).

2.1.1 – Manutenção de uma quantidade suficiente de ar⁷

No sentido de investigar este requisito de autocuidado universal, Orem (2001) sugere algumas questões fundamentais: o que é uma ingestão suficiente de ar? Se as condições internas ou externas alterarem, as necessidades de uma ingestão suficiente de ar alteram? Em caso afirmativo como deve ser ajustada a sua ingestão? Que riscos podem estar associados à entrada de ar? Como podem ser identificados esses riscos (tais como inalação de substâncias nocivas)? Como se pode atenuar esse risco? Na resposta a este requisito para ingestão de ar, pode ser promovido o normal funcionamento e desenvolvimento? Em caso afirmativo, qual o padrão de ingestão suficiente de ar que deve ser adotado?

No atendimento do doente com AVC numa fase aguda é fundamental a prevenção de complicações. Alguns por autores (Direcção-Geral da Saúde, 2010; Miller, et al., 2010; The management of stroke rehabilitation Working Group, 2010) apontam as pneumonias de aspiração como uma das principais complicações associadas ao doente com AVC. As pneumonias de aspiração (alimentos e saliva) estão diretamente relacionadas com distúrbios da deglutição, com a imobilidade e com a dificuldade em tossir e expetorar. Deste modo, é fundamental uma avaliação rigorosa da deglutição (a abordar no requisito de autocuidado manutenção de uma ingestão suficiente de água e alimentos) e a instituição de um programa de reeducação funcional respiratória (RFR) com os objetivos de melhorar a expansão torácica e facilitar a mobilização de secreções. Assim, no sentido de melhorar a expansão pulmonar foram realizados alguns exercícios tais como: exercícios de reeducação diafragmática da porção posterior e abertura costal global com bastão auxiliando o doente no lado afetado. E, para facilitar a drenagem de secreções foram realizados ensinamentos sobre técnica da tosse, drenagem postural modificada e

⁷ A tradução para português do primeiro requisito de autocuidado (“the maintenance of a sufficient intake of air”) parece não fazer sentido na língua portuguesa, uma sugestão para uma tradução alternativa que apresento é: manutenção de uma respiração eficaz. No entanto, opto por utilizar a tradução “à letra” desse requisito, uma vez que em toda a literatura consultada é essa a terminologia utilizada.

manobras acessórias (como vibrações, precursões e compressões). No caso dos doentes submetidos a trombólise este tipo de manobras está contraindicado pelo risco acrescido de hemorragia (Cordeiro & Menoita, 2012). A aspiração de secreções em doentes inconscientes e/ou com incapacidade para as expelir autonomamente também foi uma atividade realizada com intuito de manter a permeabilidade das vias aéreas e a manutenção da ingestão suficiente de ar.

Um aspeto fundamental que foi tomado em linha de conta, já largamente abordado no subcapítulo 1.1 e no apêndice 5, foi o posicionamento adequado (em padrão antiespástico) no doente com AVC para prevenir ou atenuar a postura de Wernicke-Mann, pois as sinergias que se estabelecem podem interferir com a configuração normal torácica e por isso podem alterar volume respiratório corrente por limitarem a expansibilidade torácica do lado afetado. Durante o EC1 tive a oportunidade de prestar cuidados a doentes com AVC em fase de sequelas, nesse momento internados por patologias agudas pulmonares (como infeções respiratórias, atelectasias, derrames pleurais, neoplasias do pulmão), apresentando um desses doente padrão espástico instalado. As alterações da anatomia normal do tórax (deformidade torácica por inclinação lateral para o lado mais afetado) tal com referem Cordeiro & Menoita (2012) podem provocar uma deficiência na expansibilidade torácica e interferir negativamente com a *compliance* toracopulmonar e ventilação pulmonar. Um outro aspeto que verifiquei que também pode comprometer a função pulmonar é a limitação da amplitude dos movimentos do membro superior e especificamente do ombro.

2.1.2 – Manutenção de uma ingestão suficiente de água e alimentos

Na avaliação da satisfação deste requisito de autocuidado universal, Orem (2001) estabeleceu um conjunto de questões que devem ser respondidas:

- Qual a ingestão suficiente água e alimentos? Se as condições internas e/ou externas da pessoa alterarem as necessidades também se alteram? Se resposta afirmativa como deve ser ajustada a sua ingestão para adaptar às necessidades?

- Que riscos podem estar associados à ingestão de água e alimentos? Como podem ser identificados esses riscos?
- Na satisfação destes requisitos para a ingestão de alimentos e água, pode ser promovido o normal funcionamento e desenvolvimento? Se sim, como?

A resposta ao primeiro grupo de questões prende-se com um aspeto que, no meu dia-a-dia me apercebo que os enfermeiros desvalorizam, e que frequentemente depositam ao encargo doutros profissionais. Esse aspeto relaciona-se com as necessidades calóricas e as prescrições de dietas. De facto, o cálculo das necessidades nutricionais está ao encargo dos dietistas e nutricionistas, no entanto, e não descurando o papel fundamental desses profissionais, os enfermeiros, pela sua proximidade, com os doentes desempenham também um papel fundamental. Uma vez que, são estes profissionais que assistem os doentes nas refeições, que conhecem as atividades que praticam (que motivem um gasto calórico maior), bem como a existência condições que restrinjam ou aumentem as necessidades de determinados nutrientes (como é por exemplo o aumento proteico em pessoas com de feridas). Por outro lado, o convívio as 24 horas permite também um melhor conhecimento das preferências, hábitos e restrições. A primeira competência específica do EEER enunciada no respetivo regulamento - “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 3), refere que o EEER avalia, diagnostica, concebe planos de intervenção e “Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções (...) da alimentação (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 3). Por este motivo, não pretendendo alargar-me demasiado nesta temática, mas por a considerar importante e julgar que deve constituir um foco de atenção do EEER apresento a seguir um exemplo do cálculo do consumo calórico de uma atividade. O gasto energético de um adulto (com peso médio de 60Kg) sem limitações neuromusculares para deambular cerca de 10

minutos é 20Kcal⁸. No entanto, de acordo com Macho, et al (2001) o consumo energético necessário para realizar a deambulação eleva-se aproximadamente 1,5 a 2 vezes nas pessoas hemiplégicas quando comparado com grupo controlo saudáveis. Significando que as necessidades calóricas para o doente hemiplégico deambular 10 min podem aproximar-se de 40Kcal. Apesar deste valor isoladamente não ser significativo, se associarmos por um lado um programa de reabilitação motora intensiva e atividades de autocuidado e por outro lado juntarmos uma diminuição da ingestão alimentar por anorexia, esse doente pode assim apresentar risco de desnutrição. A desnutrição está presente em cerca de 30% dos casos uma semana após o AVC, nos doentes internados num hospital (Duncan, et al., 2005).

O segundo grupo de questões que Orem enuncia para avaliar este requisito de autocuidado, remete-me para a avaliação da deglutição e para os problemas que podem advir de uma inadequada deglutição. A disfagia é uma das principais consequências do AVC, abrangendo cerca de 30 a 67% destes doentes (Edmiaston, Connor, Loehr, & Nassief, 2010), estando presente em cerca de 50% dos doentes com AVC nas primeiras 72h após o início dos sintomas (White, O'Rourke, Ong, Cordato, & Chan, 2008). É considerada uma das principais causas de morbilidade e mortalidade devido a complicações respiratórias, desnutrição e desidratação no doente com AVC quando não tratada corretamente (Edmiaston, Connor, Loehr, & Nassief, 2010). O EEER desempenha um papel crucial dentro da equipa multidisciplinar que presta cuidados a estes doentes, uma vez que se encontra em constante contacto com o doente, podendo assim observar e identificar precocemente alterações na deglutição, bem como implementar um conjunto de intervenções direcionadas para a reabilitação da disfagia no doente pós AVC.

⁸ Efetuei o cálculo do consumo energético com base na fórmula: kcal = [equivalente metabólico (MET) da atividade x Peso corporal (kg) /60] x Tempo da atividade (min) (Coelho-Ravagnani, Melo, Ravagnani, Burini, & Burini, 2013). Foi utilizado código MET -11791- "Caminhar (...) a menos de 3 km/h e bem devagar" (Farinatti, 2003, p. 198). Um MET pode ser definido como gasto de energia enquanto se está sentado calmamente. (Allison, 2007).

Diariamente, ao longo do EC3 e EC1 avalei a capacidade de deglutição e os riscos associados à manutenção de uma ingestão suficiente de água e alimentos no doente com AVC. A deglutição desenvolve-se ao longo de 4 fases sequenciais: fase oral preparatória, fase oral, fase faríngea e fase esofágica. A disfagia pode surgir em cada uma destas fases (Glenn-Molali, 2011). De acordo com a mesma autora, uma avaliação não invasiva da deglutição deve passar por: avaliar o estado de consciência, a postura corporal, nomeadamente o controlo da cabeça e pescoço, os lábios (simetria, movimentos, humidade e cor), a salivacção, a mucosa da cavidade oral e língua, a presença e estados das peças dentárias, bem como uma avaliação rigorosa dos nervos pares cranianos V, VII, IX, X, XI e XII. A seguir a esta inspeção física, é fundamental solicitar ao doente para tossir e deglutir a sua própria saliva. Ao longo do EC3 o teste da deglutição foi realizado com 10cc + 10cc + 10cc de água destilada administrada com ajuda de colher metálica (e não colher de plástico, para servir de estimulação sensitiva ao tocar na língua), se a deglutição fosse eficaz era pedido para ingerir um copo de água⁹ (Direcção-Geral da Saúde, 2010). Após este teste, é importante despistar sinais de disfagia como por exemplo a existência de tosse, sensação de bola na garganta, alteração do padrão respiratório e dos sons pulmonares, dispneia, toracalgia, gargalejo, acumulação de comida na boca, saída de saliva pela boca, regurgitação nasal, alteração do tom de voz, lacrimejo, rubor fácil, tentativa de mexer na garganta, movimentos excessivos da língua (Glenn-Molali, 2011; Menoita, 2012). Numa recente RSL (Cardoso, et al., 2011) sobre a avaliação não invasiva da deglutição, foram identificadas 2 escalas – The Gugging Swallowing Screen (GUSS) e The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST) – usadas no diagnóstico de disfagia em doentes com AVC (em fase aguda e/ou em reabilitação). Com a TOR-BSST, à semelhança do que foi efetuado no EC3, o teste da deglutição é iniciado com alimentos líquidos, enquanto a GUSS preconiza que o teste de deglutição seja iniciado com alimentos pastosos seguido de líquidos e por último sólidos. Esta última escala apresenta a vantagem de avaliar

⁹ ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO II (Apontamentos). Prof. Ricardo Braga ESEL, 2012

também o risco de aspiração. Para além disso, no artigo da RSL é referido ainda que ambos os instrumentos de medida apresentam elevada sensibilidade quer para doentes com AVC agudo (TOR-BSST - 96.6% e GUSS – 100%) quer para doentes com AVC em fase reabilitativa (TOR-BSST - 80% e GUSS – 100%). No entanto, a GUSS apresenta maior sensibilidade nos doentes em fase reabilitativa ou de sequelas que a outra.

Perante o diagnóstico da disfagia o EEER deve por um lado implementar um plano de cuidados com os objetivos de prevenir complicações e por outro lado promover uma ingestão de quantidade suficiente de alimentos e água. Estas intervenções irão depender do tipo e do grau de disfagia. Nos EC1 e EC3 foram implementadas algumas intervenções que enumero seguidamente e que opto por agrupar em 5 grupos tal como Glenn-Molali (2011): modificações dietéticas, higiene oral, posturas compensatórias, técnicas de deglutição e estimulação sensorial.

As modificações dietéticas passam por ajustar a consistência e textura de alimentos e fluidos. A consistência dos alimentos pode oscilar entre sólidos, pastosos ou líquidos. Os sólidos podem ser homogêneos e consistentes não requerendo de mastigação (restringindo por exemplo arroz e alimentos com grainhas) ou mais heterogêneos e moles requerendo maior mastigação (Hughes, 2011; Garcia & Chambers, 2010; Glenn-Molali, 2011). A utilização de líquidos espessados pode ser uma alternativa eficaz à ingestão de água. A adequação da consistência dos alimentos ao grau de disfagia e aos hábitos e preferências do doente foi uma preocupação ao longo do EC.

A higiene oral engloba 3 intervenções: higiene oral/dentária cuidada, manutenção da hidratação da mucosa oral e despiste de infeções orofaríngeas (Hughes, 2011; Glenn-Molali, 2011).

As intervenções relacionadas com posturas compensatórias durante a deglutição englobam: a flexão da cabeça ou *chin-tuck* (indicado numa deglutição lentificada permitindo o encerramento da via aérea), a rotação da cabeça para o lado afetado

(quando existe paralisia faríngea unilateral) (Singh & Hamdy, 2006) a inclinação lateral da cabeça para o lado não afetado associado com massagem na hemiface afetada (evita o acúmulo de vestígios de alimentos na cavidade oral) (Westergnem, Ohlsson, & Hallberg, 2001) e ajustar a posição de sentado ou elevação da cabeceira da cama (Jacobsson & Lindholm, 2000). Westergnem, Ohlsson, & Hallberg (2001) acrescenta ainda a hiperextensão da cabeça (facilita a drenagem postural do alimento para a laringe mas apresenta risco elevado de aspiração), utilizada unicamente quando existe uma diminuição do controlo da língua, esta última intervenção nunca foi implementada durante o EC.

As técnicas de deglutição utilizadas durante o EC foram: manobra de Mendelsohn (colocação do polegar e indicador na laringe elevando-a no momento da deglutição, ou ensino do doente para contrair músculos supra-hióideos promovendo elevação da laringe) (Singh & Hamdy, 2006), deglutição supraglótica (solicitar para realizar expiração profunda seguida de uma apneia que coincide com o momento da deglutição) (Westergnem, Ohlsson, & Hallberg, 2001), *double swallow* (deglutir 2 vezes consecutivas), *lip pursing* (manter os lábios fechados no momento da deglutição) (Menoita, 2012). Apesar de nunca terem sido realizadas durante o EC, a última autora ainda referencia mais 2 técnicas de deglutição: *hard swallow* (incentivar uma deglutição vigorosa) e Masuko (deglutir com a língua entre os dentes).

Por último, a estimulação sensorial e térmica, referida por alguns autores como estratégia para melhorar a deglutição (Jacobsson & Lindholm, 2000; Singh & Hamdy, 2006; Westergnem, Ohlsson, & Hallberg, 2001), consiste na aplicação de frio na região posterior da língua (por exemplo com gelo) e de uma leve pressão com a colher na língua durante a alimentação. Durante o EC apenas esta última foi realizada, no meu quotidiano implemento frequentemente a primeira intervenção.

Por último, para responder ao terceiro grupo de questões que Orem enuncia na exploração deste autocuidado, para além das intervenções enunciadas anteriormente que são promotoras do normal funcionamento e desenvolvimento, é

ainda importante explorar outros aspetos, tais como: avaliar a capacidade do doente para obter e preparar os alimentos e avaliar a capacidade de levar alimentos à boca (Glenn-Molali, 2011). Para além do ensino e supervisão do agente de cuidados dependente, é ainda importante averiguar a necessidade de prescrição de ajudas técnicas que facilitem quer a preparação dos alimentos e o seu transporte até boca (suportes laterais de pratos, copos adaptados, engrossador de talheres, talheres curvos).

Apesar de na bibliografia consultada não existir referência à influência do tônus muscular na alimentação, parece-me que a postura de Wernicke-Mann (inclinação da cabeça para o lado lesado e a rotação para o lado são) pode afetar negativamente a deglutição, uma vez que contraria intervenções das posturas compensatórias anteriormente referidas. Deste modo, a adoção precoce de postura que contrarie o padrão espástico pode revelar-se benéfico. Assim, o doente deve estar sentado direito com a cabeça na linha média e enquanto realiza as posturas compensatórias referidas anteriormente está de algum modo a realizar movimentos que contrariam o normal padrão espástico. De acordo Glenn-Molali (2011) um outro fator que pode influenciar a deglutição eficaz é a utilização de fármacos antispásticos pois podem diminuir a força dos músculos envolvidos na deglutição.

Além das alterações referidas neste requisito de autocuidado, White, O'Rourke, Ong, Cordato, & Chan (2008) acrescentam que poderão ocorrer consequências negativas no prazer associado à alimentação, causando prejuízos sociais importantes, uma vez que a alimentação é, também, um ato social.

2.1.3 – Provisão de cuidados associados a processos de eliminação

Os obstáculos à satisfação do quarto requisito universal de autocuidado relacionam-se, segundo Orem (1993; 2001), com os processos de eliminação vesical e intestinal, com a transpiração e a menstruação (este último não é abordado no presente relatório). Para a mesma autora, uma avaliação correta de requisito de

autocuidado pressupõe uma resposta às seguintes questões: quais são os padrões de eliminação da pessoa? Os padrões atuais são congruentes com os padrões anteriores? Quais as práticas ou cuidados de higiene associados com atos de eliminação? Quais os padrões de eliminação identificados ou as práticas de cuidados de higiene (ou falta delas) que constituem perigos? De acordo com as condições internas e externas da pessoa, que riscos (se existirem) estão associados aos processos de eliminação? O que constitui a norma de eliminação para uma pessoa? Os atuais padrões de eliminação estão fora dessa norma? O funcionamento normal pode ser promovido? Como pode ser feito? Que práticas de cuidados associados com atos de eliminação beneficiariam as pessoas e o grupo social? Ao nível da eliminação vesical, numa fase inicial após o AVC podem surgir duas situações distintas: retenção urinária ou incontinência urinária por bexiga desinibida. A retenção urinária é frequente principalmente na fase aguda, e num estudo prospetivo desenvolvido por Burney, Senapti, Desai, Choudhary, & Badlani (1996), a presença de retenção urinária por arreflexia do detrusor verificou-se em 47% dos casos (72 horas após o AVC). Concordantemente com estes dados, durante o EC vários doentes foram algaliados de modo a por retenção urinária. No entanto, e uma vez que a presença destes dispositivos deve permanecer o mínimo tempo necessário, observei que 24 ou 48h após o AVC foi possível retirar as todas as sondas vesicais. Por outro lado, a incontinência urinária, considerada um forte preditivo de mau prognóstico funcional (Meijer, et al., 2003), surge principalmente nas pessoas mais idosas, com maior incapacidade e maior deterioração cognitiva. (Nakayama, Jørgensen, Pedersen, Raaschou, & Olsen, 1997). Sabe-se que cerca de metade dos doentes apresenta incontinência aquando da admissão e destes cerca de 20% mantêm-se incontinentes urinários 6 meses depois (Brittain, Peet, & Castleden, 1998). Duncan, et al. (2005) identifica a combinação de défices motores e sensoriais e a falta de mobilidade como alguns dos fatores que estão na base desta incontinência.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação visam atender às necessidades inerentes à integridade da estrutura e funcionamento do corpo humano. Deste modo

uma avaliação rigorosa é fundamental para estabelecer objetivos adequados. Esta avaliação não se pode restringir apenas a aspetos do funcionamento fisiológico, deve também contemplar aspetos relacionados com as capacidades físicas e cognitivas, bem como aspetos sociais e do meio ambiente. O EEER deve procurar saber informações sobre os hábitos e padrões de eliminação anteriores, situação sócio familiar e condições sanitárias, deve realizar uma avaliação neurológica, conhecer a história clínica pregressa e atual, bem como aspetos psicológicos, sociais e ambientais (Rodrigues & Mendes, 1994). Após uma cuidada avaliação as intervenções devem ser dirigidas, por um lado a instituir medidas terapêuticas e/ou de reabilitação do controlo miccional, ou por outro lado ensinar estratégias para minimizar os efeitos da incontinência. Nos doentes com incontinência urinária a algaliação deve ser utilizada como último recurso e pelo menor tempo necessário. Utilizar a algaliação desta forma permite reduzir drasticamente o risco de infeções do trato urinário, para além de permitir que os doentes se consciencializem da sua situação de incontinência e a posterior introdução de medidas que visem a reabilitação (Vaughn, 2009). Numa extensa revisão da literatura realizada por Frade, Bule, & Gemito (2011) é referido que os ensinamentos adequados à condição do doente devem iniciar-se após as 24 horas de AVC.

A terapia comportamental é frequentemente referenciada para promover a reabilitação e tratamento da incontinência urinária. Esta compreende o diário miccional, a educação do doente em relação ao hábito urinário e reeducação vesical, exercícios do pavimento pélvico, estratégias para o controle do desejo miccional e orientações para dieta e ingestão hídrica (Mesquita, César, Monteiro, & Filho, 2010; Menoita, 2012; Stevens, 2011). Ao longo do EC na prestação de cuidados aos doentes com AVC foi possível a realização destas atividades. E pude concluir que o diário miccional (apenas possível no EC 3 por necessitar da colaboração dos restantes colegas) é fundamental para poder antecipar as micções, mas também para uma avaliação das características da incontinência. Uma estratégia utilizada para restabelecer os hábitos de eliminação vesical foi oferecer dispositivos de recolha (arrastadeira e urinol) durante o período diurno com

regularidade e utilização de dispositivos de proteção e recolha durante a noite (fraldas e dispositivos urinários de fixação externa). Foi ainda ensinado aos doentes para urinar em intervalos regulares (iniciar com período de 2/2horas e depois ajustar de acordo com o diário miccional). De entre as intervenções referidas anteriormente referidas a única que não foi efetuada foi o explicar dos exercícios para fortalecimento da musculatura pélvica (vulgarmente conhecidos de exercícios de Kegel). Para além das intervenções referidas os ensinamentos incluíram aspetos como a escolha de roupa fácil de despir, urinar antes de se deitar e não adiar a micção. Na maioria dos casos, os ensinamentos anteriormente relatados foram realizados na presença do possível agente de cuidados dependente.

Por sua vez, as disfunções relacionadas com a eliminação intestinal após um AVC podem ser de 3 tipos: incontinência fecal, obstipação (com ou sem presença de fecalomas) e diarreia. A incontinência fecal, por intestino neurogénico desinibido resolve-se na maioria dos casos em 2 semanas, e o prolongamento desta incontinência é considerado um sinal de mau prognóstico (Dourado, Engler, & Oliveira, 2012). Num estudo levado a cabo em Roma, onde se pretendia conhecer a incidência de alterações intestinais que surgiram com o AVC, a incontinência fecal estava presente em cerca de 30% dos doentes nas primeiras semanas imediatamente após o AVC e entre 3% a 11% cerca de 3 meses depois (Bracci, et al., 2007). A incontinência fecal parece relacionar-se com alterações do estado de consciência, com a imobilidade e com as condições de acesso aos locais para defecar. A incontinência fecal é considerada um grande fardo para os agentes de cuidados dependentes quando o doente tem alta para casa. Por esta razão, a gestão desta alteração intestinal deve ser vista como uma parte essencial da reabilitação (The management of stroke rehabilitation Working Group, 2010).

A obstipação e a presença de fecalomas são problemas mais comuns que a incontinência fecal. Venn, Taft, & Carpentier (1992) sugerem que alguns fatores são predisponentes para essas alterações, tais como: imobilidade e inatividade, ingestão inadequada de alimentos e líquidos, depressão ou ansiedade, um intestino neurogénico, efeitos obstipantes dos medicamentos, alterações de sensibilidade que

levam à incapacidade de percepção dos sinais de necessidade de defecar, as alterações da mobilidade que provocam incapacidade de acesso ao local para evacuar e os défices cognitivos. Neste âmbito, o conhecimento dos hábitos alimentares e intestinais anteriores ao AVC são fundamentais, e a dieta deve ser rica em fibras e em líquidos de acordo com as preferências do doente. Outros aspetos essenciais são a privacidade, o conforto e o ambiente tranquilo no momento de evacuar. Durante o EC utilizei o encerrar das cortinas que rodeiam a cama como estratégia para transmitir a sensação de privacidade. E nos doentes em que foi possível a ida ao wc, deixei-os sozinhos sentados na sanita. Expliquei quer ao doente, quer ao agente de cuidados dependente a importância de estabelecer um horário para evacuar, por exemplo 30 min após a refeição, aproveitando o reflexo gastrocólico. O ensino sobre a realização de massagens abdominais no sentido dos ponteiros do relógio (acompanhando o trajeto intestinal), bem como o ensino do posicionamento adequado que facilita a progressão das fezes (tronco reclinado enquanto evacua na arrastadeira e fletir anteriormente o tronco quando sentado) também fizeram parte integrante das estratégias utilizadas na reabilitação destes doentes. Em situações de SOS também é fundamental que o doente e agentes de cuidados dependentes saibam aplicar supositório ou microclister laxante. Estas intervenções foram realizadas quer no EC1 quer no EC3 e estão de acordo com as orientações emanadas pela Direcção-Geral da saúde (2010). A diarreia quando ocorre, normalmente não tem uma relação direta com o AVC, pode dever-se a medicamentos, ao início de alimentação por sonda nasogástrica, à exacerbação de uma colite ou infeção pré-existente e/ou à presença de fecalomas.

Tal como referido acima, para a satisfação deste requisito de autocuidado são ainda fundamentais os aspetos relacionados com a transpiração. No caso do doente com AVC, a satisfação desta componente não está diretamente relacionada com a transpiração, mas sim com a realização dos cuidados de higiene inerentes à transpiração. Assim, “a dificuldade ou incapacidade em realizar os movimentos corporais necessários” (trad. do autor) (Orem, 2001, p. 509) para os cuidados de higiene, bem como o ambiente, ou seja a “indisponibilidade de recursos para o

cuidado, ou a inadequação dos recursos” (trad. do autor) (ibidem) constituem os obstáculos à satisfação desta componente do requisito de autocuidado. Os cuidados de higiene completos de acordo com os descritores da medida de independência funcional (MIF) (Uniforme data system for medical rehabilitation and the center for functional assessment research, 1994) incluem a higiene pessoal (higiene oral, pentear, lavar as mãos e face, fazer a barba e maquilhagem), e o banho (desde o pescoço até aos pés). Logo que possível o doente com AVC deve deslocar-se à casa de banho para realizar os seus cuidados de higiene (Menoita, 2012). Estes cuidados, numa fase inicial após o AVC, foram realizados na cama. Logo desde o início o doente deve ser estimulado a participar na AVD higiene. Algumas atividades terapêuticas na cama como rolar, realização da ponte e arrastar-se permitem promover a autonomia do doente sempre que este, por alterações da mobilidade e/ou equilíbrio, não possa realizar a sua higiene na casa de banho (Menoita, 2012). A estimulação da sensibilidade e a mobilização dos segmentos corporais mais afetados, dando tempo ao doente para a sua higiene, foram aspetos também incentivados. Além disso a utilização de um espelho na execução destas atividades contribui para a integração do seu esquema corporal e permite efetuar alterações posturais (Direcção-Geral da Saúde, 2010) contrariando precocemente a instalação de padrões de movimento anormais. A temperatura da água deve ser experimentada no lado menos afetado, uma vez que ao existirem alterações da sensibilidade térmica, podem ocorrer queimaduras, nos doentes com alterações da sensibilidade estes ensinamentos foram realizados.

É fundamental conhecer as condições arquitetónicas da residência do doente e os ensinamentos e treinos devem aproximar-se da sua realidade, pois a prática do banho é diferente caso sejam prestados numa base de duche ou numa banheira. Por exemplo, no caso do doente que no domicílio tenha uma banheira, o treino da técnica de transferência é fundamental. Por outro lado, pode ainda ser necessário realizar adaptações na casa de banho e adquirir algumas ajudas técnicas para o banho e higiene pessoal, tais como: a colocação de barras de apoio, alteadores de sanita, torneiras adaptadas, cadeira de duche ou cadeira de banheira/tábua, tapetes

antiderrapantes, esponjas de cabo comprido, engrossador de cabos para escova de dentes (ou escova de dentes elétrica), espremedores para pastas de dentes, escovas/pente com cabo mais largo ou com cabo modificado, engrossador de cabos para lâmina de barbear (ou utilizar máquina de barbear), corta unhas específico, tesoura de pontas redonda, entre outros.

2.1.4 – Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso

Para avaliar a satisfação deste requisito de autocuidado universal Orem (2001) propõe uma reflexão sobre os seguintes grupos de questões:

- O que constitui um equilíbrio entre atividade e descanso, como é que as condições internas e externas influenciam este equilíbrio?
- Que tipos e como é que a atividade e o descanso podem constituir um perigo perante as condições existentes?
- Quais os tipos e graus de atividade e descanso que podem ser esperados para manter a estrutura humana e promover o funcionamento e desenvolvimento humano em relação ao seu potencial e limites, e ao mesmo tempo estar de acordo com os interesses, desejos e talentos do indivíduo?

Manter um equilíbrio entre descanso e atividade faz parte do quotidiano de cada pessoa. É um processo complexo na vida do dia-a-dia, que envolve a gestão de três conjuntos de sistemas de auto-cuidado: a atividade, o repouso e o equilíbrio entre os ambos. É fundamental, por um lado manter um nível de atividade física de acordo com as capacidades e as normas vigentes estabelecidas para a sua saúde e bem-estar, e por outro lado para conseguir uma quantidade suficiente de descanso e relaxamento para manter o nível necessário e desejado de atividade (Allison, 2007). A atividade e o descanso para restaurar, manter e promover a atividade são fundamentais e essenciais para o processo de vida, saúde e bem-estar. A mesma autora acrescenta ainda que atividades como o exercício físico agressivo podem resultar em inquietação, agitação ou incapacidade e o repouso, se for uma

inatividade completa, pode implicar não só falta de condicionamento físico, mas também a privação sensorial e dependência social.

A atividade física pode ser definida como qualquer movimento corporal na vida diária, voluntário ou involuntário, produzido pelos músculos esqueléticos e que resulta em gasto energético (Caspersen, Powel, & Christenson, 1985). Os padrões de (in)atividade podem variar de acordo com os fatores condicionantes básicos. A promoção da atividade física é vista como uma forma de promoção do normal funcionamento e desenvolvimento da pessoa. Alguns benefícios resultantes da atividade física adequada são a gestão de peso, redução da pressão arterial, aumento do nível de massa óssea, diminuição da mortalidade por problemas cardiovasculares e outras doenças crônicas, a redução do risco de cancro de mama e sua recidiva, a melhoria do humor e da sensação de bem-estar (Holmes, Chen, Feskanich, Kroenke, & Colditz, 2005). Uma das principais sequelas do AVC são sem dúvida as sequelas ao nível motor. Estas limitações de movimento podem ir desde uma discreta diminuição da força até a uma perda completa da força, a alterações da postura corporal e equilíbrio, alterações do tônus muscular, entre outras.

O repouso, ou descanso, não pode ser definido como o contrário de atividade, ou seja a ausência de movimento corporal. O sono, por exemplo, é um estado de repouso que consiste na diminuição do nível de consciência por um período de tempo para restaurar e recuperar sistemas corporais para o próximo período de vigília (Allison, 2007). Segundo a mesma autora, a percepção de repouso é individual, mas para muitas pessoas repousar significa “fazer alguma coisa”. Portanto, repousar pode significar inatividade, atividade, ou uma mudança de atividade e aquelas atividades que são de descanso para uma pessoa, podem não sê-lo para outra. Outros autores, como Tudor-Locke & Myers (2001) consideram que o repouso é um estado em que o movimento é mínimo ou inatividade, e em que a pessoa apenas consome energia para manter as funções vitais do corpo no estado de vigília. Compreende comportamentos como dormir, comer, ficar parado, sentado a ver televisão, ler ou trabalhar no computador.

Christensen & Kakrow (2003), citados por Allison (2007), referem que o objetivo do repouso é conservar e restaurar a energia física, mental e emocional. Por outro lado, o repouso na cama pode não significar que uma pessoa está emocionalmente descansada, pelo que pode ser um fator de *stress* metabólico e inquietação que surge a partir de monotonia e tédio. Num estudo Norueguês recente, 57% dos doentes apresentavam fadiga durante a fase aguda do AVC (33% apresentava fadiga moderada e 24% fadiga severa, avaliada pela *Fatigue Severity Scale*) (Lerdal, et al., 2011). Por outro lado, um estudo também com doentes com AVC em fase aguda levado a cabo por Pasic, Smajlovic, Dostovic, Kojic, & Selmanovic (2011) determinou que 78% da amostra tinha distúrbios do sono (42% tinha distúrbios do sono num nível muito elevado, 20% moderado e 16% num grau médio-grave). Os distúrbios do sono mais frequentes foram a apneia do sono e roncopatias (86%), sonolência diurna (49,5%). Ainda neste estudo, não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os doentes com AVC isquémico e hemorrágico, ou entre diferentes locais de lesão. Estes problemas da sonolência diurna veio comprovar um aspeto que constatei durante o EC3, pois a maior parte dos doente aí internados (com AVC em fase aguda) passavam a maior parte do dia num estado de grande sonolência. É de primordial importância que o EEER não descure estes dados, pois implicam o estabelecimento de prioridades durante o processo de cuidar do doente com AVC em fase aguda. Após a avaliação do doente deve ser estabelecido um plano de cuidados, tendo em conta estes aspetos bem como o tempo de internamento previsto. Dependendo de cada situação concreta, as atividades a realizar e/ou treinos (em cada turno) têm de ser restringidos aos fundamentais, de modo a evitar um aumento do consumo energético acentuando mais a fadiga ou a sonolência diurna. No EC3 a média de dias de internamento era de 4 a 5 dias e os doentes eram transferidos para outros serviços. Assim, e de modo a promover a continuidade de cuidados, na carta de alta de enfermagem de reabilitação discriminei os aspetos que já tinham sido abordados e/ou ensinados, bem como a sua evolução (por exemplo: “foi treinada a técnica da transferência entre cama e cadeira de rodas, colocando a cadeira junto à cabeceira da cama do

lado hemiparético, atualmente o futuro agente de cuidados dependente já consegue executar esta técnica mas necessita ainda de supervisão”).

Assim, a manutenção de um equilíbrio entre atividade e repouso, afeta e é afetada pelas ações e condições associadas com a realização de outros tipos de requisitos de autocuidado e fatores condicionantes básicos. Desta forma, o EEER deve debruçar-se também sobre os défices de autocuidado relacionados com os outros requisitos de autocuidado de forma a facilitar o planeamento das suas intervenções. Durante o EC1 e EC3 foram realizadas, ensinadas e treinadas várias intervenções nesta área, tais como: mobilizações passivas, ativas assistidas e ativas resistidas (em todos os segmentos corporais), atividades terapêuticas na cama (ponte, rolar para o lado afetado e para o lado são e arrastar-se), posicionamentos antiespástico na cama (decúbito lateral para o lado mais afetado, decúbito lateral para o lado menos afetado e decúbito dorsal), transferência entre cama/cadeira (e vice versa) e entre cadeiras, cinesiterapia postural corretiva com ou sem espelho, facilitação cruzada (mesa de cabeceira e de apoio do lado afetado, de forma a que o estímulo externo que esta constitui, a leve a desejar vê-la e alcançá-la e a que a cabeça, automaticamente siga os olhos), automobilizações com ajuda do lado não afetado, treino do equilíbrio sentado (estático e dinâmico), treino de postura corporal, treino de marcha controlada, treino de AVD (higiene e banho na cama e duche em cadeira, vestir e despir, alimentação). Tal como referido no capítulo 1.1 e no apêndice 5, todas estas intervenções foram efetuadas dando ênfase às mobilizações que contrariam a postura de Wernicke-Mann. Apesar de não ter utilizado durante o EC, gostaria de realçar a importância da utilização das talas de pressão pois influenciam o tônus e o alongamento muscular (associado a alterações dos tecidos) fomentam simultaneamente a estabilidade e a mobilidade e previnem e atenuam o desenvolvimento da espasticidade. (Johnstone, 1979).

O enfermeiro especialista assume uma função relevante na área da pedagogia perante os restantes enfermeiros generalistas da equipa multidisciplinar onde se insere. Neste âmbito, e não perdendo o tema central deste projeto - a prevenção da espasticidade no doente com AVC - e de acordo com as necessidades do serviço

onde foi realizado o EC1, foi realizada uma ação de formação “Prevenção da espasticidade no doente com AVC - cuidados de enfermagem”. Esta formação em serviço já estava agendada antes do início do EC, pelo que foi realizada em conjunto com um enfermeiro generalista e uma EEER. Esta formação teve uma adesão bastante elevada, tendo mesmo contado com a presença de enfermeiros que estavam de folga nesse dia que se dirigiram propositadamente ao hospital para assistir/participar, o que não acontecia normalmente. Esta afluência elevada de enfermeiros, na minha opinião, deveu-se à importância atribuída pelos enfermeiros a esta temática, bem como a uma lacuna de conhecimentos sobre o tema. Durante a formação, que assentou num método expositivo e demonstrativo, notou-se uma participação ativa da maior parte dos presentes. Para além da partilha de conhecimentos, era meu objetivo a consolidação de competências na área da pedagogia. O plano de sessão, bem como diapositivos utilizados, podem ser consultados no apêndice 9. Durante a formação foram fotografados vários posicionamentos antiespásticos, realizados pelos enfermeiros em contexto de simulação. Essas fotografias foram colocadas como protetor do ecrã do computador da sala de enfermagem, de forma que fossem expostas e observadas no dia-a-dia de forma involuntária pelos elementos da equipa, com intuito de recordar os temas abordadas durante a sessão e aumentar deste modo as possibilidades de mudança de comportamentos no cuidar.

Por vezes, durante a prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação torna-se importante a utilização de vários equipamentos, como é o caso de um espelho de reeducação. Durante o EC3, como forma de agradecimento pelo mesmo EC, sugeri a construção de um espelho de reeducação para oferecer ao serviço. A construção deste espelho surgiu por uma necessidade do serviço (pois constitui um excelente equipamento de apoio para utilizar na reabilitação dos doentes aí internados), mas também porque, pode ser utilizado em correções posturais o que se relaciona diretamente com o tema central do meu projeto de EC, ou seja, as alterações do tônus muscular decorrentes de um AVC. De forma a construir um espelho adequado às reais necessidades do serviço foi necessário

aprofundar conhecimentos, refletir e analisar quais as melhores hipóteses, pelo que foi fundamental a construção de um documento que justificasse adequadamente cada escolha (ver apêndice 10). Posteriormente foi-me feito o convite para apresentar este equipamento, bem como os passos para a sua construção, aos alunos do 4º CMER da ESEL na unidade curricular de enfermagem de reabilitação III (os diapositivos desta apresentação podem ser consultados no apêndice 11). Este foi mais um momento de consolidação de competências na área da pedagogia, mas também constituiu um momento de partilha de conhecimentos e de incentivo à criatividade.

2.1.5 – Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social

Antes de partir para a análise deste requisito de autocuidado universal parece-me importante apresentar uma breve definição de interação social e solidão. Assim, por interação social entende-se o “processo através do qual as pessoas se relacionam umas com as outras, num determinado contexto social” [Infopédia (Em linha), 2003/2004, par.1]. Esta interação apoia-se no conceito de reciprocidade de ação, entendida e reconhecida como uma condição necessária, qualquer ato de uma pessoa não é independente e é sempre condicionado pela perceção do comportamento do outro. É um fenómeno social marcado pelo uso de terminologias específicas de contexto e não se resume a um processo de comunicação interpessoal.

Quando penso na palavra solidão surgem-me de imediato sentimentos de angústia, afastamento, abandono e isolamento, todos eles revertidos de um cunho negativo e de sofrimento. Para Neto (2000, p. 321) “a solidão é uma experiência comum, é um sentimento penoso que se tem quando há discrepância entre o tipo de relações sociais que temos e aquelas que desejamos ter”. Ao definir solidão desta forma, o autor deposita-lhe um carácter individual e temporal, pelo que a solidão de uns no mesmo momento pode não ser a solidão de outros. O mesmo autor diferencia solidão social de solidão emocional. A primeira ocorre quando existe falta de

sentimento de pertença a uma comunidade envolvida na de ausência de laços sociais. A solidão emocional ocorre quando a pessoa manifesta falta de relações pessoais e íntimas, e é considerada a forma mais dolorosa de isolamento que uma pessoa pode sofrer.

A manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social é fundamental, pois é a partir deste equilíbrio que são criadas as

condições essenciais para os processos de desenvolvimento, para a aquisição de conhecimentos, para a formação de valores e expectativas e para alcançar a sensação de segurança e realização. A solidão reduz o número de estímulos sociais e as necessidades de interação social e proporciona condições conducentes à reflexão; Os contactos sociais proporcionam oportunidades para o intercâmbio de ideias, a aculturação, a socialização e a realização do potencial humano. A interação social também é essencial para manter os recursos materiais essenciais para a vida, crescimento e desenvolvimento (Orem, 2001, p. 226) (trad. do autor).

Dado o carácter individual e temporal da definição destes conceitos, para melhor avaliar a satisfação deste requisito de autocuidado universal, Orem (2001) enunciou um conjunto de questões que podem facilitar a reflexão perante cada doente e seus conviventes significativos¹⁰: o que constitui um equilíbrio entre solidão e interação social como é que as condições internas e externas influenciam este equilíbrio? Que tipo e grau de solidão e interação social podem constituir um perigo perante as condições existentes? Quais os tipos e graus de solidão e interação social que podem ser esperados para manter a estrutura humana e promover o funcionamento e desenvolvimento humano em relação ao potencial e seus limites, e ao mesmo tempo estar de acordo com os interesses, desejos e talentos do indivíduo?

¹⁰ “A entidade beneficiária dos Cuidados de Enfermagem — pessoa, família e comunidade — relativamente à qual se identificam os fenómenos de enfermagem, entendido como um todo na sua relação com os conviventes significativos e a comunidade onde está inserido” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, pp. 2-3).

As incapacidades temporárias e/ou permanentes (motoras, sensoriais e cognitivas) apresentadas pelas pessoas com AVC podem levar a uma diminuição das interações sociais, podendo conduzir com frequência ao isolamento social. Orem (1993; 2001) refere que os obstáculos à satisfação deste requisito podem dever-se a condições de vida, aos fatores humanos e a fatores ambientais.

No primeiro grupo de obstáculos saliento a necessidade contínua de cuidados de saúde associada a uma doença aguda ou crónica. O internamento em hospitais de agudos obriga frequentemente a uma perda de identidade pessoal, pois todos os doentes aí internados parecem ser iguais, já que são obrigados, a deixar os seus objetos pessoais, vestem pijamas idênticos, regem-se ou são obrigados a reger-se por normas e rotinas hospitalares e estão rodeados de profissionais também eles com fardas iguais, que têm em comum falar uma linguagem que pode não ser perceptível pelos primeiros. Por outro lado, as pessoas internadas são forçadas a substituir as interações sociais que preenchem habitualmente o seu quotidiano por interações com as pessoas que nesse momento frequentam o mesmo espaço físico. Espaço físico esse que é frequentemente revestido por uma capa assética de interações. É fundamental que os profissionais de saúde, em particular os EEER, desenvolvam estratégias que minimizem esta rutura nas relações anteriores. Na minha opinião, este aspeto ultrapassa o aliar do tecnicismo à relação humana, e baseia-se essencialmente em questões de boas práticas. Estes aspetos passam por fazer entender ao doente que são mais do que a sua doença ou limitações, o que pode passar simplesmente por lembrar os seus papéis na sociedade como por exemplo os papéis familiares (de pai, mãe), papéis sociais (tratando pelo título que detém: senhor engenheiro, senhor professor,...). Um outro aspeto que pode ajudar a minimizar a grande diferença do tipo de interações sociais é a permissão da permanência de amigos e conviventes significativos num horário alargado. Por outro lado, o internamento hospitalar pode levar a uma ausência de momentos de solidão, importantes tal como referido anteriormente, pois proporcionam momentos de reflexão e privacidade. Também aqui o enfermeiro deve estar atento e permitir que sejam encerradas as cortinas e que existam ao longo do dia momentos de privacidade.

Os fatores humanos estão intimamente relacionados com as condições intrínsecas da pessoa, podendo estar relacionados com questões inerentes com a própria personalidade ou com aspetos específicos resultantes das sequelas do AVC. As alterações da linguagem que podem ir desde uma discreta disartria (com discurso compreensível) a uma afasia global, interferem inevitavelmente nas interações sociais. É fundamental uma avaliação correta da linguagem de modo a perceber com exatidão quais as limitações e adequar as intervenções em conformidade. Algumas das intervenções realizadas durante o EC1 e EC3 foram: encorajar a pessoa a falar, repetir a mensagem transmitida em voz alta, não valorizar a pronúncia imperfeita, incentivar a expressar-se calma e pausadamente, dando tempo para se expressar, criar códigos de comunicação, pedir para escrever a mensagem, fazer perguntas fechadas, falar clara e pausadamente e ser objetivo no discurso utilizado, fornecer apenas uma informação de cada vez, demonstrar congruência na comunicação verbal e não-verbal, reconhecer as frustrações de cada pessoa e validá-las, estimular para que evite isolar-se ou que evite comunicar pelas suas limitações (Menoita, 2012). Mais uma vez, o ensino destas estratégias aos conviventes significativos é fundamental.

Apesar da importância da linguagem ao nível da interação social, esta não é a única sequela do AVC que pode influenciar o equilíbrio entre solidão e interação social, pelo que a identificação das causas e do risco de solidão é fundamental. Nesse sentido, também as sequelas motoras (como perda total ou parcial do movimento de um lado do corpo), sensitivas (com diminuição ou perda da sensibilidade), senso-preceptivas (visual, auditiva e gustativa), psicoafectivas (com diminuição da motivação e da participação em atividades e diminuição da interação social), e cognitivas (aspetos relacionados com a memória, atenção, concentração e raciocínio) podem bloquear os contatos sociofamiliares.

O EEER, numa unidade de reabilitação ou nos serviços de apoio domiciliário, assume um importante papel, incentivando o doente e conviventes significativos a evitarem fechar-se dentro de quatro paredes e a manterem, na medida do possível, os contatos sociais anteriores ou criar novos laços sociais. Afinal o objetivo máximo

da reabilitação é para, Hesbeen (2003), assegurar à pessoa incapacitada ou deficiente, bem como aos seus próximos, que sejam implementadas diferentes ações que visem suprimir, atenuar e ultrapassar os obstáculos geradores de desvantagem. A sua prática é exercida por equipas especializadas que utilizam da melhor forma os recursos disponibilizados pelos meios de reeducação funcional, de reinserção social e de reintegração escolar ou profissional.

Durante o internamento, é importante o envolvimento da família e agentes de cuidados dependentes enquanto parceiros da equipa multidisciplinar, para que estes possam precocemente identificar as dúvidas relacionadas com o cuidar do doente com AVC no domicílio e consigam mobilizar as suas capacidades e recursos para os ultrapassar. Pretende-se que este período seja um de aprendizagem para o futuro agente de cuidados dependentes, ensinando-lhe aspetos práticos sobre a melhor forma de ajudar o doente com AVC no domicílio, promovendo a continuidade do processo de reabilitação. Ao assumir o desempenho do papel de cuidador, a pessoa depara-se com uma situação para a qual, na maior parte das vezes, não existiu “uma opção de escolha”, antes uma imposição. O assumir do papel de agente de cuidados dependente, como referem McKevitt, Judith, Mold, & Wolfe (2004), pode apresentar aspetos positivos como o sentimento de reciprocidade, de dever cumprido, o fortalecimento de laços familiares, sentimentos de lealdade por parte daquele que é cuidado e de crescimento pessoal. Por outro lado, é um papel que arrasta frequentemente aspetos negativos relacionados com o isolamento social e a sobrecarga, podendo ter consequências graves aos níveis físico, mental, social e profissional por serem negligenciadas as suas necessidades.

Por último, no que se refere aos fatores ambientais, gostava de salientar um estudo norueguês (Drageset, 2004), onde se pretendiam examinar as associações entre a capacidade funcional para realizar AVD, os contatos sociais com a família, com amigos e com vizinhos, e a solidão emocional e social em idosos residentes em casas de repouso, demonstrou que a dependência nas AVD poderia diminuir o isolamento social. Afastando a ideia de que a dependência das principais AVD contribuía para a solidão emocional. No caso da solidão por isolamento emocional,

parece que outras relações significativas podem desempenhar um papel compensatório (quando os familiares não estão presentes), tais como os outros residentes na instituição com quem se estabelecem novos laços sociais. Num outro trabalho Weiss (1989), citado por (Drageset, 2004), afirmou que uma figura de apego não é necessariamente um confidente íntimo, mas sim uma figura que oferece segurança pela ligação percetual e emocional que existe com essa figura. Assim, cuidadores funcionários da instituição podem ser percebidos como os outros significativos para os residentes. Outras conclusões do estudo aludem ainda para o facto que o contacto frequente com os amigos está relacionado com baixos níveis de solidão social e a frequência do contacto telefónico com familiares e amigos foi também associada a um baixo nível de solidão emocional e social. Este estudo poderá apresentar algumas limitações, pois a amostra englobava apenas a população idosa, que frequentemente já se encontra sujeita a algum tipo de isolamento social, no entanto os adultos socialmente ativos também podem desenvolver um AVC. Na minha opinião, a condição de dependente de cuidados pode restringir a vida social dos doentes, pois eles têm de se submeter aos hábitos dos agentes de cuidados dependentes e/ou agentes de autocuidado terapêutico para manutenção de sua própria higiene, alimentação e bem-estar. Outro aspeto importante é que se o doente sair de casa não irá encontrar noutro ambiente as condições já adaptadas que existem no seu ambiente particular.

2.1.6 – Prevenção de perigos para a vida, para o funcionamento e bem-estar

Ao longo dos requisitos de universais de autocuidado anteriores já foram abordados vários aspetos relacionados com a prevenção de perigos para a vida, o funcionamento e bem-estar da pessoa com AVC. Também neste requisito Orem (2001) estabeleceu um conjunto de questões específicas para avaliar a satisfação deste requisito, tais como: quais os riscos para a vida humana, o funcionamento e desenvolvimento existentes no ambiente ou o padrão de vida da pessoa? O que vai acontecer com uma pessoa, se o risco não é eliminado ou controlado? Que padrões de ação devem as pessoas desenvolver a fim de se tornarem conscientes e/ou

prevenir os riscos? Que interesses individuais, valores e ações com relação a riscos conhecidos estão provocando doenças que prejudicam a estrutura humana e do funcionamento ou são obstáculos para o funcionamento humano e desenvolvimento normal?

A mesma autora refere que os fatores significativos que requerem atenção ou que afetam os métodos para satisfazer este requisito podem agrupar-se em dois grupos: os fatores humanos ou os fatores ambientais.

Perante um doente com AVC podem surgir as mais variadas alterações que se constituem, de alguma forma, como um risco/perigo para a vida, o funcionamento e o bem-estar. O EEER deve realizar uma avaliação neurológica rigorosa de modo a identificar prováveis situações de risco, e executar ações para a sua prevenção, protegendo o doente das situações que não podem ser evitadas e controlando as situações de risco para eliminar o perigo à vida e ao bem-estar. Mais uma vez, os conviventes significativos e os agentes de cuidados dependentes têm um papel fulcral, na prevenção destes riscos, pelo que devem ser desde logo instruídos e treinados sobre eles e como devem atuar para preveni-los.

As alterações do estado mental podem, de alguma forma, originar no doente uma perceção diferente ou errada das suas capacidades. Um exemplo claro dessa situação são os doentes que apresentam disgnosia e anosognosia e que têm uma falsa perceção das suas limitações e capacidades testando-as constantemente. No EC3 recordo-me de questionar a um senhor com hemiplegia como iria proceder se desejasse um copo de água, tendo respondido imediatamente que “levantava-me da cama e ia beber ao lavatório no canto da enfermaria”. Depois explorei melhor como faria para se deslocar até lá e a resposta foi “a andar”. Ora estes doentes que têm uma falsa perceção do seu estado atual apresentam um risco elevado de quedas, com todas as consequências que daí podem advir. Este aspeto está relacionado com a negligência hemiespacial unilateral (à esquerda), e as intervenções realizadas neste âmbito passaram por abordar o doente pelo lado afetado, bem como por manter todos os objetos e a mesa-de-cabeceira do lado afetado, à exceção do botão de chamada, que ficava do lado não afetado, de modo a evitar o isolamento do

doente e a prevenir outros riscos. Outras intervenções realizadas foram a estimulação tátil e térmica pelo lado afetado e a nomeação, durante a prestação de cuidados, das partes do corpo em que ia tocando, bem como o respetivo lado.

Outro exemplo de sequela que pode acarretar riscos são as alterações da sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa), que se não forem tomadas em conta, podem resultar em acidentes graves como por exemplo queimaduras. A título de exemplo, durante o EC1 tive a oportunidade de prestar cuidados a um doente com AVC agudo que, segundo os registos médicos e enfermagem, não apresentava sequelas e tinha ficado internado apenas para perceber qual a etiologia do AVC. Estranhamente, durante a neuroavaliação que realizei não apresentava sequelas, todos os défices que tinham motivado a ida ao hospital tinham desaparecido, mas quando testei a sensibilidade térmica o doente não conseguia distinguir entre uma bolsa de gelo e água quente. Assim sendo, perante este senhor, foi importante explicar-lhe que deveria ter especial atenção para prevenir queimaduras. O aparecimento de úlceras de pressão também pode constituir um risco ao bem-estar quando não são devidamente prevenidas num doente com alterações da sensibilidade e da força muscular. É sabido que o decúbito lateral para o lado afetado é aquele posicionamento que mais previne a espasticidade, no entanto períodos prolongados neste decúbito pode conduzir ao aparecimento de úlceras de pressão, pelo que a alteração de decúbitos é particularmente importante num doente com alterações da sensibilidade.

De acordo com o Brandstater (2005) as complicações do AVC que ocorrem com frequência durante a fase pós aguda de reabilitação, as mais frequentes são: pneumonias de aspiração (40%), infeções do trato urinário (40%), depressão (30%), dor músculo esquelética (30%), quedas (25%), desnutrição (25%), fenómenos tromboembólicos venosos (6%), úlceras de pressão (3%). O Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010) acrescenta ainda outras complicações que devem ser prevenidas, tais como: espasticidade (se não for adequadamente prevenida e tratada pode levar a contraturas), a subluxação do ombro e o ombro doloroso. Ao identificar estas problemáticas, o EEER deve prescrever, implementar e monitorizar

intervenções que: “promovam ações preventivas, assegurem a capacidade funcional, previnam complicações, evitem incapacidades ou minimizem o impacto das incapacidades instaladas” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 6)

2.1.7 – Promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal

Para a avaliação da satisfação deste requisito de autocuidado, Orem (2001) propõe, à semelhança do que acontece com os anteriores um conjunto de questões: que fatores internos ou externos são sugestivos de indicadores positivos de requisitos específicos para a promoção da normalidade em relação à individualização e personalização, e ao funcionamento humano descrito psicologicamente, cognitivamente ou biologicamente? Podem estes requisitos ser formulados de forma que possam ser compreendidos e servir como um guia na seleção de medidas de cuidados? Que ações seriam eficazes e possíveis sob as condições existentes ou previsíveis? Os indivíduos estão envolvidos em programas para atingir algumas metas individuais ou de grupo que sejam perigosas para o bem-estar pessoal, saúde ou vida?

Os défices neurológicos decorrentes do AVC são bastante variáveis. Essas sequelas podem comprometer a autoestima e autoimagem do indivíduo, bem como a sua interação com a família e a sociedade (Smeltzer & Bare, 1993).

Claramente este requisito de autocuidado está em íntima relação com o desejo humano de “ser normal”, conceito este que é complexo e com limites difíceis ou impossíveis de delinear. Neste sentido, de forma a refletir sobre o presente requisito de autocuidado, parece-me que o modelo *life-style performance*¹¹(Fidler, 1996) espelha de forma adequada a intervenção do EEER, permitindo um olhar atento para a individualidade da normalidade. Assim sendo, este modelo pretende servir de

¹¹ Apesar deste modelo ter sido desenvolvido por uma terapeuta ocupacional, considero que os seus princípios podem ser transpostos para o âmbito da Enfermagem de Reabilitação.

estrutura para conhecer e compreender o repertório total de atividade de uma pessoa dentro do contexto de interações humanas e não-humanas. Fornece uma perspetiva holística da pessoa garantindo que as intervenções sejam adaptadas às necessidades individuais, interesses, capacidades e expectativas do doente. No apêndice 12 explico de forma mais detalhada os princípios e crenças deste modelo.

A propósito deste modelo e da importância dos objetivos individuais, recordo-me de um senhor capitão no EC1, que em determinado dia, enquanto treinávamos a AVD vestir e despir, referiu “por favor senhor enfermeiro ensine-me a andar com ou sem canadiana ou tripé, não me importo, mas preciso de saber andar para continuar ir todos os dias ao café para conviver com os meus amigos, para o banho e vestir/despir alguém lá em casa me pode ajudar”. Este doente foi bastante perentório na transmissão dos seus objetivos mas poderão existir outros que ficam desmotivados durante as atividades específicas de reabilitação, sem que nos manifestem o porquê. Deste modo, o EEER deve estar atento aos 4 domínios anteriormente referidos, bem como aos padrões de vida que anteriormente apresentados pelo doente. O modelo *life-style performance*, apesar de facilitar o planeamento dos cuidados em contexto de internamento de doentes agudos, assume especial importância em contexto de internamento de média ou longa duração e em contexto de apoio domiciliário.

2.2 – Requisitos de autocuidado de desenvolvimento

Os requisitos autocuidado de desenvolvimento são as expressões especializadas dos requisitos de autocuidado universais que foram particularizados por processos de desenvolvimento, associados a um evento (adaptação a uma condição de saúde) ou são novos requisitos resultantes de uma condição. Surgiram inicialmente agrupados nos requisitos de autocuidado universais, mas posteriormente foram separados no sentido de salientar a sua importância (Orem, 2001). Inevitavelmente, o conjunto de vivências associadas ao processo e desenvolvimento afetam a expressão do autocuidado. Estes requisitos dividem-se em três grupos: o fornecimento de condições que promovam o desenvolvimento, o envolvimento no

autodesenvolvimento e as interferências no desenvolvimento. É neste ultimo que se se insere o doente com AVC por apresentar uma “saúde precária ou incapacidade” (Orem, 2001, p. 232) (trad. do autor).

A análise individual dos requisitos de autocuidado de desenvolvimento permite identificar o estágio de desenvolvimento da pessoa. Este conhecimento é fundamental e, para o demonstrar, saliento por exemplo a importância da linguagem utilizada durante a relação terapêutica (quer na avaliação, quer no tipo de intervenções estabelecidas) ser adequada às condições de desenvolvimento sociocultural, de forma a garantir que o doente compreenda a mensagem que se pretende transmitir. Um exemplo prático que ilustra este aspeto foi a avaliação da linguagem num doente analfabeto cuja profissão era tratador de cães. A utilização de termos ou palavras mais complexas poderia inviabilizar o resultado da avaliação, pelo que o discurso que utilizei foi construído com base na sua profissão.

Conhecendo o nível de desenvolvimento de cada doente permite adequar as intervenções, o tipo de intervenções, bem como a necessidade de intervenções especiais relacionadas com algum estado de desenvolvimento específico.

2.3 – Requisitos de autocuidado de desvio de saúde

Os requisitos de autocuidado de desvio de saúde surgem no momento em que a pessoa e/ou os seus conviventes significativos se apercebem da existência de alterações óbvias da estrutura humana, no funcionamento físico, na conduta ou dos hábitos de vida diária. Nesse momento surgem algumas questões tais como: “O que está errado? Porque é que isto está a acontecer? O que devo fazer?” (trad. do autor) (Orem, 2001, p. 233). Ou seja, estes requisitos são exigidos quando a pessoa se depara com a existência de situações de doença, de intervenções médicas de diagnóstico ou de tratamento. As reações resultantes do momento que revela a existência de algo errado com a sua saúde e que sua a vida pode correr perigo podem ser as mais diversas. A independência e a autonomia encontram-se ameaçadas, o seu corpo que até agora era “perfeito” poderá ficar com sequelas,

surgindo repercussões nas suas relações intra e extrafamiliares, comprometendo a QdV dos envolvidos.

Os requisitos de autocuidado de desvios de saúde dividem-se em 6 categorias. O doente com AVC, desde a fase aguda até à fase de sequelas pode apresentar défices de autocuidado relacionados com cada uma dessas categorias. Assim, a primeira categoria - procura e garantia de assistência médica adequada - inicia-se logo no momento inicial do aparecimento dos sinais e sintomas, e quanto mais precoce for o atendimento médico inicial, melhor será o prognóstico do doente.

A segunda categoria está relacionada com a consciencialização do seu estado patológico e dos efeitos deste a nível físico e a nível do desenvolvimento. Nesta fase, os profissionais de saúde, em particular o EEER, devem preocupar-se em explicar aos doentes e seus conviventes significativos quais as sequelas que resultaram do AVC e como estas influenciam o quotidiano. Se fotografássemos uma pessoa com AVC, o mais provável é que nessa imagem não fossem identificadas os défices que resultaram do AVC com exceção daquelas visíveis externamente como por exemplo: defeitos posturais, desvios da comissura labial, apagamento do sulco nasogeniano, ptose palpebral, entre outros. Ou seja, é importante que o EEER explique ao doente e conviventes significativos aqueles défices que não são visíveis na “fotografia” bem como as suas implicações para o dia-a-dia. Por exemplo, uma pessoa com alterações da deglutição, quando se alimenta ou ingere líquidos deve estar na posição de sentado, devendo também despistar-se quaisquer sinais de aspiração de conteúdo alimentar. Um outro exemplo é o do doente com hemianopsia, cujos conviventes significativos devem ser informados acerca desta alteração do campo visual, bem como acerca da forma como influencia o dia-a-dia (se posicionarmos determinado objeto em determinada região o doente não conseguirá visualizá-lo). Por vezes, da minha experiência, é frequente que os doentes e seus conviventes significativos neguem estas sequelas, não podendo no entanto esquecer que esta negação possa ser adaptativa e constituir uma fase para aceitação da doença e suas limitações.

A terceira categoria dos requisitos de autocuidado de desvios de saúde prende-se com aspetos relacionados com a adesão ao cumprimento das prescrições diagnósticas, terapêuticas e reabilitação. De facto, é frequente na nossa prática depararmo-nos com doentes que ficam desmotivados com o decorrer do processo de reabilitação. O EEER deve ser conhecedor estratégias que estimulem a motivação de cada doente. Numa RSL realizado por MacDonald, Kayes, & Bright (2013) foram identificados 7 fatores para promover o envolvimento do doente no processo de reabilitação: estabelecimento de objetivos, relação terapêutica, esquema de reabilitação personalizado, paternalismo versus independência, a prática centrada doente, o conhecimento sobre a situação e feedback ou reforço positivo.

A perceção, atendimento ou regulação dos efeitos desconfortáveis ou nocivos resultantes das intervenções realizadas constitui a quarta categoria dos requisitos de autocuidado de desvio de saúde. Um exemplo que ilustra bem esta categoria é administração dos fármacos fibrinolíticos no doente com AVC isquémico e todos os cuidados relacionados com a prevenção de hemorragias no sentido de neutralizar os possíveis efeitos nocivos deste fármaco.

A quinta categoria deste requisito de autocuidado relaciona-se com a modificação do autoconceito e da autoimagem e com aceitação de um estado de saúde particular que necessita de formas específicas de cuidados de saúde. Para Schilder, citado por Scatolin (2012), a imagem corporal é um constructo multidimensional, que decorre de um processo contínuo e dinâmico ao longo de toda a vida das pessoas e constitui um componente importante para a construção da identidade pessoal. O doente com AVC é confrontado com várias perdas e mudanças, vendo-se obrigado a reestruturar o seu novo Eu que se encontra comprometido devido às alterações na autoimagem e devido às interações com o meio e com os outros. A forma como cada pessoa com deficiência física incorpora a sua nova condição é um processo único e individual. Desta forma, o modo como a pessoa com AVC incorpora a sua nova condição é um processo único que depende dos valores, conceitos de cada um e da personalidade anterior ao AVC. Nunca esquecerei a reação de uma senhora no EC3 quando no

primeiro dia que faz levantar após o AVC e se vê ao espelho, diz de imediato “estou um farrapo”. A estratégia que utilizei foi a de explorar o porquê dessa afirmação e de imediato percebi que se maquilhava todos os dias. Como a filha já lhe tinha deixado os seus produtos de maquilhagem, ajudei-a a maquilhar-se. Esta simples intervenção, para além de melhorar a autoimagem dessa senhora, permitiu a construção de uma melhor relação terapêutica. A doente sentiu naquele momento que para mim foi, naquele momento, mais do que a sua doença e o conjunto das sequelas. Para além desta intervenção, ainda conversei com a senhora sobre o facto de sermos mais do que a própria imagem, mas deixando bem claro que não estava a desvalorizar a forma como se sentia. Mas, como é óbvio, as alterações da autoimagem podem dever-se a fatores diretamente relacionados com as sequelas do AVC, nomeadamente com as alterações da postura corporal relacionadas com o desenvolvimento do padrão espástico e devido à paresia facial, entre outros. Durante o EC1 e EC3 prestei cuidados a vários doentes com parésia facial central e, neste âmbito, o ensino da realização dos exercícios orofaciais em frente de um espelho mostrou-se bastante útil.

Por último, a sexta categoria que constitui este requisito de autocuidado prende-se com aspetos relacionados com o aprender a viver com os efeitos das condições patológicas e efeitos das intervenções de diagnóstico e tratamento médico, de modo a promover um desenvolvimento pessoal contínuo. Considero que o EEER detém um papel fundamental na gestão de expectativas de recuperação física do doente e conviventes significativos. Parece-me óbvio que após um AVC uma das primeiras ambições seja a de voltar à sua vida anterior, recuperando os papéis que perdeu/está em risco de perder. No entanto, é função do EEER ajudar a estabelecer objetivos realistas, preparando o doente para a possibilidade de não conseguir atingir os seus objetivos e expectativas iniciais. A pergunta “e se não for possível...?” pode ajudar a antecipar possíveis problemas de adaptação. De acordo com Wood, Connelly, & Maly (2010) uma meta importante para a reabilitação do AVC é reunir os vários agentes de autocuidado no sentido de estipular o estabelecimento de metas realistas e alcançáveis para a vivência na comunidade.

Na investigação promovida pelas mesmas autoras foi concluído que, um ano após o AVC, aqueles doentes com expectativas realistas estavam melhor adaptados do que os restantes. Carlsson (2007) salienta a importância do envolvimento do doente no estabelecimento das expectativas pois a incapacidade de satisfazer as expectativas estabelecidas por outros diminui a confiança dos doentes com AVC. É fundamental adquirir novos papéis, alguns exemplos desses podem ser o voluntariado ou o assumir de novos papéis na família, como ajudar a cuidar de crianças e contribuições para as responsabilidades domésticas. O processo de reintegração na comunidade após um AVC envolve a transição de uma série de metas: ganhar função física, ganhar a independência nas AVD (ou dependência de agente de cuidados dependente), ajuste de expectativas e deparar-se com a vida fora do hospital (criar um equilíbrio entre as suas expectativas e sua capacidade física para se envolver em papéis significativos).

O respeito pela autonomia, pelos valores e crenças dos doentes permitem que os doentes sintam que os profissionais olhem para eles para além da sua doença. Chochinov (2007) afirma que estes pressupostos estão na base dos cuidados conservadores da dignidade. O mesmo autor acrescenta ainda que o facto de os doentes não serem tratados com dignidade e respeito pode por em causa o seu sentido de valor ou utilidade, fazendo com que sintam que a sua vida deixou de ter sentido ou um propósito. Sentirem que se tornaram um peso para os outros pode colocar em causa a razão de continuarem a existir, o que influencia todas as vertentes do sofrimento. Chochinov enumerou nesse artigo o A, B, C, D dos cuidados conservadores da dignidade (A- Attitude, B- Behaviour, C- Compassion, D- Dialogue). Na minha opinião, estes 4 aspetos devem nortear prática de qualquer enfermeiro independentemente da tipologia dos doentes que cuide.

3. A PESSOA COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA - COMPETÊNCIAS DO EEER

Este último capítulo surge com intuito de descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas nos EC, com intuito de atingir os objetivos específicos 7, 8 e 9 - planejar/prestar/avaliar cuidados de enfermagem de reabilitação no âmbito técnico/científico e relacional ao cliente/família com alterações do foro respiratório tendo em vista a promoção do autocuidado (consultar apêndice 1). Apesar do tema central deste relatório ser a reabilitação do doente com AVC tornou-se necessário definir objetivos que englobassem a área da reabilitação respiratória de forma a melhor espelhar o percurso de aquisição de competências do EEER. Apesar das atividades para concretizar estes objetivos terem sido desenvolvidas ao longo de todo o EC, foi particularmente no EC1 e EC2 que foram realizadas.

Ao longo do EC prestei cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com as mais variadas patologias do foro respiratório, nomeadamente: doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), asma, atelectasia, pneumonias, derrame pleural, carcinomas do pulmão, entre outras. O planeamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação individualizados é fundamental. No apêndice 13 pode ser consultado um exemplo de um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação perante um doente com DPOC realizado durante o EC2 (este plano de cuidados encontra-se exposto em diapositivos, uma vez que foi apresentado numa reunião organizada pela professora doutora Vanda Marques Pinto, na ESEL com outros colegas do 3º CMER orientados pela mesma professora, com intuito de partilhar experiências).

No apêndice 14 faço uma análise mais pormenorizada sobre as atividades realizadas e competências adquiridas no âmbito da enfermagem de reabilitação, a opção por remeter este tema para apêndice prende-se unicamente com aspetos relacionados com o limite de páginas para o presente relatório.

4. REFLEXÃO FINAL

Ao terminar o presente relatório impõem-se essencialmente duas grandes reflexões: a primeira alude à utilidade e pertinência do projeto inicial para a realização do EC e, consequentemente, para a redação deste relatório, a segunda remete-me para o percurso de aquisição de competências do EEER ao longo do EC.

Considero que os EC na enfermagem de reabilitação, é fulcral, na medida em que possibilita experiências onde se cruzam crenças, valores e conhecimentos permitindo partir da experiência concetual em sala de aula para a sua mobilização e reformulação no contexto da prática clínica. Ao longo do EC, no dia-a-dia, na tomada de decisões foram mobilizados conhecimentos adquiridos na componente teórica do CMER, conhecimentos provenientes da minha experiência profissional, conhecimentos resultantes da análise e reflexão sobre a pesquisa bibliográfica efetuada e do apoio incondicional dos três enfermeiros orientadores de cada EC.

O facto do tema central deste relatório estar relacionado com a prevenção da espasticidade no doente com AVC parece-me ter sido pertinente, uma vez que a espasticidade (como complicação secundária do AVC) apresenta uma elevada prevalência quer a curto, a médio ou longo prazo. O seu impacto em cada pessoa e família é variável mas pode conduzir a situações de défice de autocuidado. A abordagem das pessoas com espasticidade pós AVC deve ser multidisciplinar e multifatorial. O EEER apresenta uma função fundamental da promoção da independência nos comportamentos de autocuidado. A influência do aumento do tônus muscular no autocuidado não está bem definida, pois na literatura assiste-se a um défice de estudos que correlacionem estas temáticas. Por outro lado, através do cronograma de EC proposto inicialmente não foi possível fazer uma análise prática da influência da espasticidade no autocuidado, pois tal como foi referido apenas 1 doente apresentou aumento do tônus muscular pós AVC. Olhando para o caminho percorrido, considero que a realização de um EC numa unidade de reabilitação de

doentes com AVC talvez pudesse dar resposta a esta questão. No entanto, aquando da realização do projeto de EC foi necessário estabelecer prioridades, e na altura entendi que se substituisse um dos campos de EC por esse estaria a abdicar doutro(s) que considere (e considero) fundamental para perceber as intervenções do EEER na prevenção da espasticidade. Ao longo da revisão de literatura realizada, a abordagem de Bobath foi a mais referenciada com intuito de prevenir o aumento do tônus muscular. O conhecimento da postura de Wernicke-Mann é fundamental de modo a dar ênfase às posições ou mobilizações que a contrariem. Bobath preconiza que as intervenções preventivas da espasticidade devem iniciar-se logo que o doente reúna condições hemodinâmicas, pois quanto mais cedo a pessoa começar a assumir uma postura neutra, menor tende a ser a instalação de padrões de movimento sinérgicos.

A escolha da teoria do défice de autocuidado de enfermagem de Dorothea Orem como referencial teórico para nortear o projeto, o EC e o relatório de EC demonstrou-se uma mais-valia para a abordagem do doente com AVC e em particular o doente com espasticidade pós AVC. Isto porque, tal como relatado no capítulo 2, permitiu simultaneamente a orientação de uma observação atenta e sistemática sem contudo perder a individualidade de cada pessoa.

Em cada contexto onde decorreu o EC consegui desenvolver não só as competências comuns previstas pela Ordem dos Enfermeiros para os enfermeiros especialistas, mas também, e principalmente, as competências específicas do EEER. Cada um dos contextos de EC permitiram que fosse adquirindo e/ou desenvolvendo competências na área de enfermagem de reabilitação. Como planeado inicialmente, nenhum EC decorreu em contexto domiciliário. Apesar de considerar que tal contexto poderia apresentar benefícios ao nível do desenvolvimento de habilidades profissionais, optei por não incluir este contexto físico da prática de enfermagem de reabilitação neste percurso desenvolvido. No entanto, ao longo do relatório, fiz referência e analisei por diversas vezes situações que envolviam os cuidados de enfermagem no ambiente do domiciliário. Um motivo que influenciou esta tomada de decisão foi o facto de trabalhar numa unidade de

internamento de cuidados continuados e paliativos e querer aproximar o desenvolvimento das competências das minhas reais necessidades do quotidiano.

Um aspeto fundamental, e que não posso deixar de referir, foi o excelente acolhimento, disponibilidade, esforço, motivação e dedicação por parte dos profissionais das várias equipas de saúde e em particular dos EEER orientadores do EC. Estes aspetos foram fundamentais e decisivos no cumprimento do terceiro objetivo específico inicialmente proposto - Integrar de forma progressiva e gradual a equipa de saúde, conhecendo a estrutura, organização e dinâmica do funcionamento do serviço (apêndice 1). Considero que, para que a integração em determinado serviço esteja concluída, é necessário que os vários profissionais da equipa nos procurem para saber opinião sobre determinada situação específica de determinado doente, ou que se dirijam a nós para solicitar a realização de intervenções, neste caso de enfermagem de reabilitação. Estes aspetos, ultrapassam sem dúvida o simples conhecimento dos vários profissionais que compõem a equipa, o conhecimento da estrutura física do serviço ou o conhecimento do manual de políticas e procedimentos. Baseia-se numa relação e pressupõe interação (bidirecional) entre os vários profissionais e as várias disciplinas. Na minha opinião, para que tal aconteça é necessário que exista confiança¹² (no sentido corporativo) e que os profissionais envolvidos reconheçam o valor dos restantes. Este reconhecimento do valor é um processo que se desenvolve ao longo da interação no contexto de trabalho.

Ao longo do EC os vários EEER que foram responsáveis pela sua orientação sempre elogiaram o meu sentido crítico e reflexivo, pois perante qualquer intervenção procurei sempre saber o porquê da mesma, o porquê dessa em detrimento de outra, não me limitando apenas a executá-la porque todos o faziam ou referiam ser a mais adequada. Procurei também fundamentá-las sempre através do

¹² “Confiança no mundo corporativo significa, em linhas gerais, não se preocupar quando o trabalho está nas mãos de determinado profissional, quando uma decisão é tomada por determinado gestor ou mesmo quando uma equipe é designada a mudar a trajetória dos resultados. No mundo corporativo, confiança é uma avaliação que se faz do seu trabalho” (Infomoney, 2011)

estudo diário. Em suma, procurei sempre “saber fazer”, mas principalmente “saber”. Tal como refere Benner (2001), o “saber fazer” é apresentado como o conhecimento prático, que não tem necessidade de formular conhecimento teórico, Inserindo-se nele a pessoa que sabe fazer antes de ter uma explicação teórica. Por sua vez o “saber” permite estabelecer relações causais entre fenómenos e efetuar formulações sobre acontecimentos, aliando competências técnicas, científicas e humanas na procura da melhoria contínua e na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Como em todos os projetos, o surgimento de dificuldades e constrangimentos foi frequente. Mas estes não podem ser, nem foram, sinalizados como obstáculos ou barreiras para a concretização do mesmo, mas sim como oportunidade de crescimento individual na gestão de imprevistos, gestão de prioridades e expectativas. Ao longo deste projeto surgiram essencialmente três constrangimentos, o primeiro relacionado com a metodologia inicialmente prevista, nomeadamente com as atividades previstas para concretizar o segundo objetivo específico e, tal como já foi referido, houve necessidade de rever a estratégia para o poder concluir com êxito. O outro constrangimento que surgiu está relacionado com a limitação do número de páginas definido para a elaboração deste relatório. No entanto, o desejo de realizar uma exploração e reflexão mais pormenorizada e atenta sobre os cuidados de enfermagem de reabilitação, nomeadamente ao doente com AVC, obrigou a ultrapassar esse limite páginas. Por último, o terceiro constrangimento relaciona-se sobretudo com a dificuldade em conciliar a vida familiar, profissional e académica, às diversas responsabilidades implícitas em cada uma delas, e à impossibilidade de concretizar todas as atividades desejadas pelo limite temporal que se impunha.

Para finalizar, gostaria de referir a intensão de publicar um artigo sobre a temática abordada, como meio de difusão de conhecimento sobre a prevenção da espasticidade no doente com AVC, com intuito de servir como elemento facilitador para a melhoria dos cuidados prestados a esta tipologia de doente.

BIBLIOGRAFIA

- Agency for Health Care Policy and Research (US). (1995, Maio). 16. Rehabilitación después de un ataque cerebral. Rockville.
- Allison, S. E. (2007, Janeiro). Self-Care Requirements for Activity and Rest: An Orem Nursing Focus. *Nursing Science Quarterly*, 20 (1), pp. 68-76.
- Almeida, C. I., & Cecatto, R. B. (2008, Agosto). Síndrome de Pusher após acidente vascular encefálico: relato de caso. *acta de fisioterapia*, pp. 195-201.
- Alves, M. L., & Duarte, E. (2010, Abril). *Relação entre a imagem corporal e deficiência física. Uma pesquisa bibliográfica*. Retrieved Fevereiro 15, 2014, from Revista Digital: <http://www.efdeportes.com/efd143/relacao-entre-a-imagem-corporal-e-deficiencia-fisica.htm>
- Anstey, K., Lord, S., Ward, J., & Williams, P. (1994, Outubro). Physiological factors associated with falls in older community-dwelling women. *J Am Geriatr Soc.*, pp. 28-31.
- Ashford, S., Slade, M., Malaprade, F., & Turner-Stokes, L. (2008). Evaluation of functional outcome measuras for the hemiparetic upper limb: a sytematic review. *Jounal Rehabilitation Medicine*, 40, pp. 787–795.
- Bandolier. (1994). *Bandolier - Evidence based thinkinkg about health care*. Retrieved Janeiro 20, 2012, from Assessment Criteria - Type & Strength of Evidence: <http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/band6/b6-5.html>
- Barnes, M. (1998). Management of spasticity. pp. 239-245.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito - Excelência e poder na prática clínica de enfermagem (edição comemorativa)*. (A. A. Queirós, Trans.) Coimbra: Quarteto editora.

- Bobath, B. (1990). *Hemiplegia no adulto: Avaliação e tratamento*. São Paulo: Manole.
- Bohannon, R. W., & Andrews, A. W. (1990, Abril). Correlation of knee extensor muscle torque and spasticity with gait speed in patients with stroke. *Arch Phys Med Rehabi*, 5, pp. 330-333.
- Borgman, M., & Passarella, P. (1991, Dezembro). Nursins care of the Stroke Patients using Bobath Principles - an approach to altered movement. *The nursing clinics of North America*, 26, pp. 1019-1035.
- Bracci, F., Badiali, D., Pezzotti, P., Scivoletto, G., Fuoco, U., Di Lucente, L., . . . Corazziari, E. (2007, Agosto 7). Chronic constipation in hemiplegic patients. *World J Gastroenterol*, 13 (29), pp. 3967-3972.
- Brainin, M., & et al. (2011). Poststroke chronic disease management: towards improved identification and interventions for poststroke spasticity-related complications. pp. 42-46.
- Brainin, M., Norrving, B., Sunnerhagen, K., Goldstein, L., Cramer, S., Donnan, G., . . . Zorowitz, R. (2011). Poststroke chronic disease management: towards improved identification and interventions for poststroke spasticity-related complications. pp. 42-46.
- Branco, T., & Santos, R. (2010). *REABILITAÇÃO DA PESSOA COM AVC*. Coimbra: Formasau.
- Brandstater, M. (2005). Stroke Rehabilitation. In J. DeLisa , B. Gans, N. Walsh, W. Bockenek, W. Frontera, S. Geiringer, . . . R. Zafonte (Eds.), *Physical Medicine & Rehabilitation: Principles and Practice* (pp. 1655-1676). Lippincott Williams & Wilkins.
- Brittain, K. R., Peet, S. M., & Castleden, C. M. (1998). Stroke and Incontinence. *Stroke*, 29, pp. 524-528.

- Burney, T. L., Senapti, M., Desai, S., Choudhary, S. T., & Badlani, G. H. (1996, Novembro). Acute Cerebrovascular Accident and Lower Urinary Tract Dysfunction: A Prospective Correlation of the Site of Brain Injury with Urodynamic Findings. *The Journal of Urology*, 156 (5), pp. 1748–1750.
- Canteiro, M. C., & Heitor, M. C. (2003). Reabilitação Respiratória. In M. J. Gomes, & R. Sotto-Mayor, *Tratado de Pneumologia* (pp. 1785-1787). Permanyerr Portugal.
- Cardoso, A. T., Raínho, J. C., Quitério, P. C., Cruz, V., Magano, A. M., & Castro, M. (2011, Dezembro). Avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC – Revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, III (5), pp. 135-143.
- Carlsson, G. (2007). *Gothenburg University*. Retrieved Fevereiro 26, 2014, from https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/3355/1/Version_2.pdf
- Carvalho, I., Costa, A. M., Graça, A., & Pedro, J. M. (2003). *A informação a doentes submetidos a quimioterapia*. Retrieved Março 05, 2014, from Repositório científico do instituto politécnico de Lisboa: <http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/2036>
- Caspersen, C. J., Powel, K. E., & Christenson, G. M. (1985, Março-Abril). Physical activity, exercise and physical fitness: Definitions and distinctions for healthrelated research. *Public Health Reports*, 100 (2), pp. 126-131.
- Cavaco, A. M., & Várzea, D. (2010). Contribuição para o estudo da leitura de folhetos informativos nas farmácias Portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (2), pp. 179-186.
- Charles, A. (2006). *Manual de AVC*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Chatterton, H., Pomeroy, V., & Gratton, J. (2001). Positioning for stroke patients : a survey of physiotherapists' aims and practices. (413-421, Ed.) *Disability and Rehabilitation*, 23.

- Chochinov, H. M. (2007, Julho 26). Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *British Medical Journal*, 335, pp. 184-187.
- Coelho-Ravagnani, C. d., Melo, F. C., Ravagnani, F. C., Burini, F. H., & Burini, R. C. (2013, Março/Abril). Estimativa do equivalente metabólico (MET) de um protocolo de exercícios físicos baseada na calorimetria indireta. *Revista Brasileira Medicina Esporte*, 19 (2), pp. 134-138.
- Cogiamanian, F., Mrakic-Sposta, S., & Priori, A. (2006 , Setembro). Pathophysiology of spasticity. *Neurological Sciences*, pp. s307-s309.
- Cordeiro, M. C., & Menoita, E. (2012). Semiologia clínica. In M. C. Cordeiro, & E. Menoita, *Manual de boas praticas na reabilitação respiratória* (pp. 21-45). Loures: Lusociência.
- Cordeiro, M. C., & Menoita, E. C. (2012). Reeducação funcional Respiratória. In M. C. Cordeiro, & E. C. Menoita, *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória - conceito, principios e técnicas* (pp. 59-116). Loures: Lusociência.
- Davies, P. (1996). *Passos a Seguir - Manual para o tratamento da hemiplegia no adulto* (1ª ed.). (N. Oliveira , Trans.) São Paulo: Manole Biomedicina.
- Denyes, M., Orem, D., & Bekel, G. (2001, Janeiro). Self-Care: A Foundational Science. *Nursing Science Quarterly*, 14, pp. 48-54.
- Dicionário Priberam da língua Portuguesa [em linha]. (2008-2013). Retrieved Fevereiro 15, 2014, from <http://www.priberam.pt/dlpo/disgnosia>
- Dicionário Priberam da língua Portuguesa [Em linha]. (2008-2013). Retrieved Fevereiro 05, 2014, from <http://www.priberam.pt/dlpo/anosognosia>
- Direcção-Geral da Saúde - Direcção de Planeamento. (2001). *Unidades de AVC*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*.

- Direcção-Geral da Saúde. (2009, Outubro 27). Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). *Circular informativa*. Lisboa.
- Direcção-Geral da Saúde. (2010). *Acidente Vascular Cerebral - Itinerários clínicos*. Lisboa: Lidel.
- Direcção-Geral da Saúde. (2012). *Morbilidade hospitalar em 2009- serviço nacional de saúde*. Lisboa.
- Dourado, C. C., Engler, T. M., & Oliveira, S. B. (2012, Outubro-Dezembro). Disfunção intestinal em pacientes com lesão cerebral decorrente de acidente vascular cerebral e traumatismo craniocéfálico: estudo retrospectivo de uma série de casos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21 (4), pp. 905-911.
- Drageset, J. (2004). The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, pp. 65-71.
- Duncan, P., Zorowitz, R., Bates, B., Choi, J., Glasberg, J., Graham, G., . . . Reker, D. (2005, setembro). Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: A Clinical Practice Guideline. *Stroke*, 36, pp. 100-143.
- Dupas, G., Pinto, C. I., Mendes, M. D., & Benedini, Z. (1994, Jan/Mar). Reflexão e Síntese acerca do modelo de Autocuidado de Orem. *Acta Paulista de Enfermagem*, pp. 19-26.
- Edmiston, J., Connor, L., Loehr, L., & Nassief, A. (2010, July). Validation of a dysphagia screening tool in acute stroke patients. *American Journal of Critical Care*, 19, pp. 357- 364.
- Esquenazi, A. (2011, Janeiro). The Human and Economic Burden of Poststroke Spasticity and Muscle Overactivity. *JCOM*.
- Farinatti, P. d. (2003, Junho/Setembro). Apresentação de uma Versão em Português do Compêndio de Atividades Físicas: uma contribuição aos pesquisadores e

- profissionais em Fisiologia do Exercício. *Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício*, 2, pp. 178-208.
- Ferro, J., & Pimentel, J. (2006). *Neurologia - Principios, Diagnóstico e Tratamento*. Lousã: Lidel.
- Feys, H. M., Weerdt, W., Selz, B. E., Steck, G. C., Spichiger, R., Vereeck, L. E., . . . Hoydonck, G. V. (1998, Abril). Effect of a Therapeutic Intervention for the Hemiplegic Upper Limb in the Acute Phase After Stroke: A Single-Blind, Randomized, Controlled Multicenter Trial. *Journal of the American Heart Association*, pp. 785-792.
- Fidler, G. S. (1996). Life-Style Performance: From Profile to Conceptual Model. *The American Journal of Occupational Therapy*, pp. 139-147.
- Foster, P. C., & Bennett, A. M. (2000). Dorothea E. Orem. In J. B. George, *Teorias de enfermagem : os fundamentos à prática profissional* (4 ed., pp. 83-101). Porto Alegre: Artmed.
- Frade, M. d., Bule, M. J., & Gemito, M. L. (2011, Março/abril). Protocolos clínicos relacionados a incontinência urinária pós acidente vascular cerebral: revisão da literatura. *Revista de enfermagem UFPE on Line*, pp. 505-513.
- Francis, H., Wade, D. T., Turner-Stokes, L., Kingswell, R. S., Dott, C. S., & Coxon, E. A. (2004). Does reducing spasticity translate into functional benefit? An exploratory meta-analysis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, pp. 1547-1551.
- Galvão, C., Sawada, N., & Trevizan, M. (2004, Maio-Junho). Revisão Sistemática: Recurso que proporciona a incorporação das evidências na Prática da Enfermagem. *Revista Latino-Am Enfermagem*, pp. 549-556.
- Garcia, J. M., & Chambers, E. (2010, Novembro). Managing dysphagia through diet modifications. *American Journal of Neuroradiology*, 110, pp. 26-33.

- Glenn-Molali, N. (2011). Alimentação e Deglutição. In S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação* (4ª ed., pp. 295 - 317). Loures: Lusodidacta.
- Godinho, N. (2012, Setembro). Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações: Norma APA. Lisboa: ESEL.
- Hafsteinsdóttir, T. (1996, Fevereiro). Neurodevelopmental treatment: Application to nursing and effects on the hemiplegic stroke Patient. *Journal of Neuroscience nurses*, pp. 36-47.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação - Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenções e Resultados Esperados*. Loures: Lusodidacta.
- Holmes, M. D., Chen, W. Y., Feskanich, D., Kroenke, C., & Colditz, G. A. (2005, Maio). Physical Activity and Survival After Breast Cancer Diagnosis. *JAMA*, 293 (20), pp. 2479-2486.
- Hughes, S. M. (2011, Abril). Management of dysphagia in stroke patients. *Nursing Older People*, 23, pp. 21-24.
- Ibuki, A., Bach, T., Rogers, D., & Bernhardt, J. (2010, Junho). An investigation of the neurophysiologic effect of tone-reducing AFOs on reflex excitability in subjects with spasticity following stroke while standing. *Prosthetics & Orthotics International*, 34 (2), pp. 154-165.
- Infomoney. (2011, Maio 11). *Confiança é a base das relações de trabalho e impacta na carreira*. Retrieved Março 10, 2014, from Administradores: <http://www.administradores.com.br/noticias/carreira/confianca-e-a-base-das-relacoes-de-trabalho-e-impacta-na-carreira/44708/>
- Infopédia (Em linha). (2003/2004). *interação social*. Retrieved Janeiro 24, 2014, from Enciclopédia e dicionários Porto editora: [http://www.infopedia.pt/\\$interacao-social](http://www.infopedia.pt/$interacao-social)

- Jacobsson, C., & Lindholm, L. (2000). Cost-effectiveness of nursing interventions in a post-stroke eating training programme – a pilot study. *Journal of Nursing Management*, 8, pp. 297-306.
- Joanna Briggs Institute. (2011). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2011 edition. South Australia: Joanna Briggs Institute.
- Johnstone, M. (1979). *Restauração da Função Motora no Paciente Hemiplégico*. São Paulo : Manole Ltda.
- Jones, A., Tilling, K., Wilson-Barnett, J., Newham, D. J., & Wolfe, C. D. (2005). Effect of recommended positioning on stroke outcome at six months: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 19, pp. 138-145.
- Jong, L. D., Nieuwboer, A., & Aufdemkampe, G. (2006). Contracture preventive positioning of the hemiplegic arm in subacute stroke patients: a pilot randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 20, pp. 656-667.
- Kenyon, J., & Kenyon, K. (2004). *The Physiotherapist's Pocket Book: Essential Facts at your Fingertips*. London: Churchill Livingstone.
- Kirkevold, M. (2010, Janeiro/março). *The Role of Nursing in the Rehabilitation of Stroke Survivors: An Extended Theoretical Account*. Retrieved Junho 2013, from Lippincott's Nursing center- better resources for better care: <http://www.nursingcenter.com/lnc/static?pageid=1017772>
- Kubler-Ross, E. (1996). *Sobre a morte e o morrer* (7ª ed.). (P. Menezes, Trans.) São Paulo: Martins Fonte.
- Leal, F. (2001). Intervenções de enfermagem no acidente vascular cerebral. In J. Padilha, & et al, *Enfermagem em Neurologia* (pp. 131-151). Coimbra: Formasau.
- Leal, F. (2001). Intervenções de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral. In J. Padilha, *Enfermagem em Neurologia*. Coimbra: Formasau.

- Leathley, M., Gregson, J., Moore, A., Smith, T., Sharma, A., & Watkins, C. (2004, Junho). Predicting spasticity after stroke in those surviving to 12 months. *Clinical Rehabilitation*, pp. 438-443.
- Lerdal, A., Bakken, L. N., Rasmussen, E. F., Beiermann, C., Ryen, S., Pynten, S., . . . Kim, H. S. (2011). Physical impairment, depressive symptoms and pre-stroke fatigue are related to fatigue in the acute phase after stroke. *Disability and Rehabilitation*, pp. 334–342.
- Lianza, S., & al, e. (2001, Maio 28). *Diagnóstico e Tratamento da Espasticidade*. (Sociedade Brasileira Medicina Fisica Reabilitação, Ed.) Retrieved Maio 20, 2012, from bibliomed: <http://www.bibliomed.com.br/diretrizes/pdf/espasticidade.pdf>
- Lima, F., Lima, M., Freitas, S., Tortoza, C., & Lopes-martins, R. (2004). Revisão da literatura: espasticidade. *VII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IV Encontro Americano de Pós-graduação da universidade do vale do Paraíba*, (pp. 1455-1458). São José dos Campos, São Paulo.
- Lima, F., Medeiros, V., & Pace, A. (2007, 07 15). Retrieved 02 2013, from Fisioweb: http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/variedades/idoso_fabiola.htm
- Lundstrom, E., Terént, A., & Borg, J. (2008). Prevalence of disabling spasticity 1 year after first-ever stroke. *European Journal of Neurology*, pp. 533–539.
- MacDonald, G. A., Kayes, N. M., & Bright, F. (2013). Barriers and facilitators to engagement in rehabilitation for people with stroke: a review of the literature. *New Zealand journal of physiotherapy*, 41 (3), pp. 112-121.
- Macko, R. F., Smith, G. V., Dobrovolsky, L. C., Sorkin, J. D., Goldberg, A. P., & Silver, K. H. (2001, Julho). Treadmill aerobic exercise reduces the energy expenditure and cardiovascular demands of hemiparetic gait in chronic stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil*, 82, pp. 879-884.

- Malhotra, S., Pandyan, A., Day, C., Jones, P., & Hermens, H. (2009, Julho). Spasticity, an impairment that is poorly defined and poorly measured. *Clinical Rehabilitation*, pp. 651–658.
- McGuire, J., & Harvey, R. (1999). The prevention and management of complications after stroke. pp. 857-874.
- McKevitt, C., Judith, R., Mold, F., & Wolfe, C. (2004, Abril 22). Qualitative Studies of Stroke : A Systematic Review. *Stroke*, pp. 1499-1505.
- Meijer, R., Ihnenfeldt, D. S., de Groot, I. J., Van Limbeek, J., Vermeulen, M., & De Haan, R. J. (2003, março). Prognostic factors for ambulation and activities of daily living in the subacute phase after stroke - A systematic review of the literature. *Clin Rehabil*, 17 (2), pp. 119-129.
- Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Mesquita, L. A., César, P. M., Monteiro, M. V., & Filho, A. L. (2010, Janeiro). Terapia comportamental na abordagem primária da hiperatividade do detrusor. *Femina*, 38 (1), pp. 23-29.
- Miller, E., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, R., Bakas, T., Clark, P., & Billinger, S. (2010, Setembro). Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Stroke*, pp. 2402–2448.
- Nakayama, H., Jørgensen, H. S., Pedersen, P. M., Raaschou, H. O., & Olsen, T. S. (1997). Prevalence and Risk Factors of Incontinence After Stroke - The Copenhagen Stroke Study. *Stroke*, 28, pp. 58-62.
- Neto, F. (2000). *Psicologia Social*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Neurology Section. (2011). *StrokEDGE Taskforce*. (G. Zipp, & J. Sullivan, Eds.) Retrieved Janeiro 10, 2014, from http://www.neuropt.org/docs/stroke-sig/strokeedge_taskforce_summary_document.pdf?sfvrsn=2

- Nogueira, P., & Rosa, M. (2013, Dezembro). *Morbilidade Hospitalar - Serviço Nacional de Saúde 2012*. (Direcção-geral da saúde, Ed.) Retrieved Janeiro 10, 2014, from <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/morbilidade-hospitalar-servico-nacional-de-saude-2012.aspx>
- Olazabal, M. (2003). Métodos de limpeza das vias aéreas. In M. J. Gomes, & R. Sotto-Mayor, *Tratado de Pneumologia* (pp. 1807-1812). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Oliveira, T., Piemonte, M. E., & Voos, M. (2011, Oct./Dec.). Diretrizes para avaliação e tratamento fisioterapêutico da Síndrome de Pusher: estudo de caso. *Fisioterapia e Pesquisa*, 18.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010, Maio 29). *Regulamento da individualização das especialidades clínicas de enfermagem*. Retrieved Janeiro 2014, from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_individualizacao_especialidades.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010, Maio 29). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Retrieved Maio 5, 2012, from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010, Outubro 20). Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Lisboa, Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011, Outubro 22). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Retrieved Maio 1, 2012, from <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem - Conceptos de Enfermería en la práctica*. (M. T. Rodrigo, Trans.) Barcelona: Masson - Salvat.

- Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice* (6 ed.). St. Louis: Mosby.
- Organização Mundial de Saude. (2006). *Manual STEPS de acidentes vasculares cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais*. Genebra: Organização mundial de saude.
- Pamplona, P., & Morais, L. (2007, Janeiro/Fevereiro). Treino de exercício na doença pulmonar crónica. *Revista portuguesa de pneumologia*, VIII (1), pp. 101-128.
- Pasic, Z., Smajlovic, D., Dostovic, Z., Kojic, B., & Selmanovic, S. (2011). Incidence and Types of Sleep Disorders in Patients with Stroke. *Medical Archives*, 64 (4), pp. 225-227.
- Paul, P. (2005, setembro-dezembro). Transdisciplinaridade e Antropoformação: sua importância nas pesquisas em saúde. *Saúde e Sociedade*, 14 (3), pp. 72-92.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado- conceito central da enfermagem* (1ª edição ed.). Coimbra: Formasau formação e saude LDA.
- Platz, T., Eickhof, C., Nuyens, G., & Vuadens, P. (2005). Clinical scales for the assessment Clinical scales for the assessment and function: a systematic review of the literature. *Disability and Rehabilitation*, 27 (1/2), pp. 7-18.
- Potempa, K., Braun, L. T., Tinknell, I. T., & Popovich, J. (1996, Maio). Benefits of aerobic exercise after stroke. *Journal Sports Med*, 21, pp. 337-346.
- Resnick, B., Gruber-Baldini, A. L., Zimmerman, S., Galik, E., Pretzer-Aboff, I., Russ, K., & Hebel, R. (2009). Nursing Home Resident Outcomes from the Res-Care Intervention. *Journal The American Geriatrics Society*, 57, pp. 1156–1165.
- Rocha, S. M., & Almeida, M. C. (2000, Dezembro). O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Rev. latino-am. enfermagem*, 8 (6), pp. 96-101.

- Rocker, G. M., Sinuff, T., Horton, R., & Hernandez, P. (2007). Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Innovative Approaches to Palliation. *Journal of palliative medicine*, 10 (3), pp. 783-797.
- Rodrigues, R. A., & Mendes, M. M. (1994, Julho). Incontinência urinária em idosos: proposta para a conduta da enfermeira. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 2 (2).
- Ryu, J., Lee, J., Lee, S., & Chun, M. (2010, Setembro-Outubro). Factors Predictive of Spasticity and Their Effects on Motor Recovery and Functional Outcomes in Stroke Patients. *Topics in Stroke Rehabilitation*, pp. 380-388.
- Sá, M. (2009). AVC – Primeira Causa de Morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, pp. 12-19.
- Salm, A., Veltink, P., Hermens, H., IJzerman, M., & Nene, A. (2005, Outubro). Development of a New Method for Objective Assessment of Spasticity Using Full Range Passive Movements. *Physical Medicine & Rehabilitation*, pp. 1991-1997.
- Santos, A. C., & Ferreira, L. (2003). Pulmão e conectivopatias. In M. J. Gomes, & R. Sotto-Mayor, *Tratado de Pneumologia* (pp. 1725-1731). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Satkunam, L. (2003, Novembro). Rehabilitation medicine: 3. Management of adult spasticity. *Canadian Medical Association Journal*, pp. p1173-1179.
- Scatolin, H. G. (2012). A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. *Psic. Rev. São Paulo*, 21 (1), pp. 115-120.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2010). *Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning - A national clinical guideline*. Edinburgh.
- Segura, D., Crespão, D., Darolt, M., Beledel, S., Piccin, A., & Picinini, J. (2007, setembro/dezembro). *Análise do tratamento da espasticidade através da*

fisioterapia e farmacologia - um estudo de caso. Retrieved Maio 10, 2012, from <http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/2042/1784>

Seneviratne, C., & Reimer, M. (2004, DECEMBER). Neurodevelopmental treatment and stroke rehabilitation: A critique and extension for neuroscience nursing practice. *AXON*, 26.

Serra, M. (2008, Jan/abr). Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem. *Sífilo*, pp. 69-80.

Singh, S., & Hamdy, S. (2006). Dysphagia in stroke patients. *Postgraduate Medical Journal*, 82, pp. 383–391.

Smania, N., Picelli, A., Munari, D., Geroin, C., Ianes, P., Waldner, A., & Gandolfi, M. (2010, Setembro). Rehabilitation procedures in the management of spasticity. *European journal of physical and rehabilitation medicine* MEDICINE, 43, pp. 423-438.

Smeltzer, S., & Bare, B. (1993). *Tratado de enfermagem Médico Cirúrgica* (7ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, SA.

Sommerfeld, D., Eek, E., Svensson, A.-K., Holmqvist, L., & Arbin, M. (2003, Agosto). Spasticity After Stroke : Its Occurrence and Association With Motor Impairments and Activity Limitations. *Stroke*, pp. 134-140.

Stevens, K. (2011). Eliminação e continência urinária. In S. Hoeman, *Enfermagem de reabilitação - prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed., pp. 351-386). Lusodidacta.

Stevenson, V. (2010, Abril). Rehabilitation in practice. *Clinical Rehabilitation*, pp. 293-304.

Swann, J. (2006, Janeiro). Aiding recovery in the early days after stroke. *Nursing & Residential Care*, 8 (1), pp. 26 - 28.

- Taylor, S. G. (2002). Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5 ed., pp. 211-226). Loures: Lusociência.
- Teixeira-Salmela, L. F., Olney, J. S., & Brouwer, B. (1998, Janeiro/Junho). Mecanismos e medidas de espasticidade. *Revista de fisioterapia da universidade de São Paulo*, pp. 4-19.
- Teixeira-Salmela, L. F., Olney, S. J., Nadeau, S., & Brouwer, B. (1999, Outubro). Muscle strengthening and physical conditioning to reduce impairment and disability in chronic stroke survivors. *Arch Phys Med Rehabil*, pp. 1211-1218.
- The management of stroke rehabilitation Working Group. (2010, Julho). *VA/DoD Clinical practice guideline for the management of stroke rehabilitation*. (Department of Veterans Affairs, Department of Defense, American Heart Association, & American Stroke Association, Eds.) Retrieved Janeiro 2014, from United States Department of Veterans Affairs: http://www.healthquality.va.gov/stroke/stroke_full_221.pdf
- Tudor-Locke, C. E., & Myers, A. M. (2001, Janeiro). Challenges and opportunities for measuring physical activity in sedentary adults. *Sports Medicine*, 31 (2), pp. 91-101.
- Uniforme data system for medical rehabilitation and the center for functional assessment research. (1994, Abril 04). *Guia para uso do sistema uniformizado de dados para reabilitação médica (SUDRM) versão 3.0* (tradução do original do inglês, Nova Iorque, 1990 ed.). (J. Laíns, Trans.) Coimbra.
- Urban, P., Wolf, T., Uebele, M., Marx, J., Vogt, T., Stoeter, P., . . . Wissel, J. (2010, Agosto). Occurrence and Clinical Predictors of Spasticity After Ischemic Stroke. *Stroke*, pp. 2016-2020.

- Vaughn, S. (2009, Março). Efficacy of urinary guidelines in the management of post-stroke incontinence. *International Journal of Urological Nursing*. *International Journal of Urological Nursing*, 3 (1), pp. 4-12.
- Velez, M. (2004). AVC isquémico terapêutica na fase aguda. (Sociedade Portuguesa de Medicina Interna; Ed.) *Medicina Interna*, 11.
- Velloso, M., & Jardim, J. R. (2006). Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica e técnicas de conservação de energia. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 32 (6), pp. 580-586.
- Venn, M. R., Taft, L., & Carpentier, B. (1992, Maio-Junho). The influence of timing and suppository use on efficiency and effectiveness of bowel training after a stroke. *Rehabilitation Nursing*, 17 (3), pp. 116-121.
- Ward, A. (2012, Janeiro). A literature review of the pathophysiology and onset of post-stroke spasticity. *European Journal of Neurology*, pp. 21–27.
- Watkins, C., Leathley, M. J., Gregson, J. M., Moore, A. P., Smith, T. L., & Sharma, A. K. (2002). Prevalence of spasticity post stroke. *Clinical Rehabilitation*, pp. 515–522.
- Westergren, A., Ohlsson, O., & Hallberg, I. R. (2001, Dezembro). Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three months after a stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), pp. 416-426.
- White, G., O'Rourke, F., Ong, B., Cordato, D., & Chan, D. (2008, Maio). Dysphagia: causes, assessment, treatment, and management. *Geriatrics*, 63, pp. 15 - 20.
- Wikipédia, a enciclopédia livre. (2014, Fevereiro 05). *Transdisciplinaridade*. Retrieved Fevereiro 29, 2014, from <https://pt.wikipedia.org/wiki/Transdisciplinaridade>
- Winck, J. C., & Moita, J. (2003). Assistência respiratória. In M. M. Gomes, & R. Sotto-Mayor, *Tratado de pneumologia* (pp. 1837-1850). Lisboa: Permanyer Portugal.

- Wood, J. P., Connelly, D. M., & Maly, M. R. (2010). 'Getting back to real living': a qualitative study of the process of community reintegration after stroke. *Clinical Rehabilitation*, 24, pp. 1045–1056.
- World Health Organization. (2008, Outubro). *The Global Burden of disease: 2004 Update*. Retrieved Junho 30, 2012, from <http://www.who.int/evidence/bod>
- World Health Organization. (s/d). *Stroke, Cerebrovascular accident*. Retrieved 02 02, 2012, from WHO: http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/
- Yu, D., Lee, D., Thompson, D., Jaarsma, T., Woo, J., & Leung, E. (2011, Abril). Psychometric properties of the Chinese version of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale. *International Journal of Nursing Studies*, 458-467.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Plano de atividades do EC

Tabela 1 - Plano de atividades do EC

| Domínios e Competências | Objetivos específicos | Atividades a desenvolver | Recursos | Indicadores e critérios de Avaliação |
|---|--|--|---|---|
| B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento | 1 - Identificar as intervenções de enfermagem de reabilitação perante a pessoa com AVC com intuito de prevenir a espasticidade | <ul style="list-style-type: none"> • Realização de RSL • Reuniões informais com EEER • Reuniões com o docente orientador • Observação • Reflexão sobre situações práticas | <u>Humanos</u> <ul style="list-style-type: none"> • EEER's • Docente orientador | <u>Indicadores</u> <ul style="list-style-type: none"> • Ter realizado uma RSL • Saber Identificar as intervenções enfermagem de reabilitação que previnem o aparecimento da espasticidade num doente com AVC. |
| | | | <u>Materiais</u> Pesquisas em base de dados | |
| | | | <u>Físicos</u> <ul style="list-style-type: none"> • Local de estágio, ESEL, • Domicilio pessoal | <u>Crítérios</u> De que modo as atividades planeadas foram uteis para atingir o objetivo |
| | | | <u>Temporal</u> Ver cronograma | |

| Domínios e Competências | Objetivos específicos | Atividades a desenvolver | Recursos | Indicadores e critérios de Avaliação |
|--|--|--|---|--|
| <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analisar e criticar o desenvolvimento do conhecimento que sustenta a prática de enfermagem (2º ciclo Bolonha) | 2 - Analisar o impacto da espasticidade pós-AVC no Autocuidado | <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar instrumentos de medida (MIF, MAS, NIHSS, escala de Lower, escala de quedas de Moorse, EVA) • Reflexão sobre impacto sobre casos clínicos • Pesquisa bibliográfica • Entrevista a pessoas com AVC e família | <u>Humanos</u> <ul style="list-style-type: none"> • EEER • Docente orientador | <u>Indicadores</u> <p>Ter realizado pesquisa bibliográfica</p> |
| | | | <u>Materiais</u> <ul style="list-style-type: none"> • Pesquisas em Base de dados • Instrumentos de medida | <p>Saber aplicar os instrumentos de medida</p> |
| | | | <u>Físicos</u> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de EC, ESEL, domicílio pessoal | <u>Critérios</u> <ul style="list-style-type: none"> • Ter refletido tendo em conta as pesquisas efetuadas, as entrevistas e os instrumentos de medida |
| | | | <u>Temporal</u> <p>Ver cronograma</p> | |

| Domínios e Competências | Objetivos específicos | Atividades a desenvolver | Recursos | Indicadores e critérios de Avaliação |
|--|--|---|---|--|
| <p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> | <p>3 - Integrar de forma progressiva e gradual a equipa de saúde, conhecendo a estrutura, organização e dinâmica do funcionamento do serviço</p> | <ul style="list-style-type: none"> Realização de uma visita guiada ao serviço Reuniões informais com enfermeiro chefe, enfermeiro orientador, outros enfermeiros da equipa Consulta de manuais e outros doc. do serviço Observação das rotinas diárias e colaborar Identificação dos procedimentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa e família | <p><u>Humanos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Enfermeiros e restante equipa de saúde | <p><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Ter consultado os manuais/documentos do serviço Conhecer as rotinas habituais Identificar os procedimentos de acolhimento e colheita de dados Ter conhecimento dos recursos humanos e materiais existentes no serviço |
| | | | <p><u>Materiais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Normas protocolos do serviço e processos clínicos | <p><u>Crítérios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> De que modo as atividades planeadas foram uteis para a minha adaptação à estrutura organo-estrutural, equipa multidisciplinar e pessoas internadas e respetivas famílias Demonstra interesse nas atividades diárias e refletindo sobre elas para atingir o objetivo |
| | | | <p><u>Físicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de EC | |
| | | | <p><u>Temporal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Ver cronograma | |

| Domínios e Competências | Objetivos específicos | Atividades a desenvolver | Recursos | Indicadores e critérios de Avaliação |
|---|---|---|--|--|
| <p>1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p> | <p>4 - Planear cuidados de enfermagem de reabilitação no âmbito técnico/científico e relacional ao cliente/família com alterações do foro neurológico e/ou motor tendo em vista a promoção do Autocuidado</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o défice de autocuidado • Utilizar escalas e instrumentos de medida • Avaliar a capacidade funcional da pessoa para se autocuidar • Identificar requisitos de autocuidado alterados • Estabelecer um plano de reabilitação • Realizar registos de ER | <p><u>Humanos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • EEER orientador • Restantes elementos da equipa | <p><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar défice de autocuidado e requisitos de autocuidado alterados • Realizar 1 plano de cuidados de enfermagem de reabilitação (em cada campo de EC) |
| | | | <p><u>Materiais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Processo clínico • Pesquisas em Base de dados • Instrumentos de medida | |
| | | | <p><u>Físicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de EC | <p><u>Crítérios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação • Reflete na nas atividades diárias e na sua importância para atingir o objetivo |
| | | | <p><u>Temporal</u></p> <p>Ver cronograma</p> | |

| Domínios e Competências | Objetivos específicos | Atividades a desenvolver | Recursos | Indicadores e critérios de Avaliação |
|---|---|---|---|--|
| <p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p> | <p>5 - Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação no âmbito técnico/científico e relacional ao cliente/família com alterações do foro neurológico e/ou motor tendo em vista a promoção do Autocuidado</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar a pessoa e/ou cuidador técnicas específicas de auto cuidado • Realizar treinos específicos de AVD's, nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) • Ensinar e supervisionar utilização de produtos de apoio • Realizar registos de ER | <p><u>Humanos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • EEER orientador • Restantes elementos da equipa | <p><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementa as intervenções planeadas com o objetivo promover o autocuidado |
| | | | <p><u>Materiais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Processo clínico • Pesquisas em Base de dados • Instrumentos de medida | |
| | | | <p><u>Físicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de EC <p><u>Temporal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ver cronograma | <p><u>Crítérios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação • Reflete na nas atividades diárias e na sua importância para atingir o objetivo |

| Domínios e Competências | Objetivos específicos | Atividades a desenvolver | Recursos | Indicadores e critérios de Avaliação |
|---|---|--|--|---|
| <p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p> | <p>6- Avaliar os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados no âmbito técnico/científico e relacional ao cliente/família com alterações do foro neurológico e/ou motor tendo em vista a promoção do Autocuidado</p> | <ul style="list-style-type: none"> Avaliar o resultado das intervenções efetuadas Avaliar os défices de autocuidado e comparar com a avaliação inicial Rever o plano de cuidados Realizar registos de ER | <p><u>Humanos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> EEER orientador Restantes elementos da equipa | <p><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Avalia a capacidade funcional da pessoa no autocuidado Reformula planos de reabilitação com o propósito de promover o autocuidado Monitoriza a implementação e os resultados dos planos estabelecidos |
| | | | <p><u>Materiais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Processo clínico Pesquisas em Base de dados Instrumentos de medida | |
| | | | <p><u>Físicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de EC | <p><u>Crítérios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> De que modo as atividades planeadas foram uteis para atingir o objetivo De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, Reflete nas suas atividades diárias e na sua importância para atingir o objetivo. |
| | | | <p><u>Temporal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Ver cronograma | |

| Domínios e Competências | Objetivos específicos | Atividades a desenvolver | Recursos | Indicadores e critérios de Avaliação |
|---|---|---|--|--|
| <p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p> | <p>7 – Planear cuidados de enfermagem de reabilitação no âmbito técnico/científico e relacional ao cliente/família com alterações do foro respiratório tendo em vista a promoção do Autocuidado</p> | <ul style="list-style-type: none"> Avaliar a função respiratória Avaliar a influência função respiratória nos outros requisitos universais Comparar com a avaliação inicial Realizar registos de ER | <p><u>Humanos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> EEER orientador Restantes elementos da equipa | <p><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação |
| | | | <p><u>Materiais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Processo clínico Pesquisas em Base de dados | |
| | | | <p><u>Físicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de EC | <p><u>Crítérios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação Reflete na nas atividades diárias e na sua importância para atingir o objetivo |
| | | | <p><u>Temporal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Ver cronograma | |

| Domínios e Competências | Objetivos específicos | Atividades a desenvolver | Recursos | Indicadores e critérios de Avaliação |
|---|---|--|--|--|
| <p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p> | <p>8 – Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação no âmbito técnico/científico e relacional ao cliente/família com alterações do foro respiratório tendo em vista a promoção do Autocuidado</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar, instruir e treinar técnicas a utilizar para maximizar o desempenho a nível respiratório, tendo em conta os objetivos individuais da pessoa. • Implementação de programas de reeducação funcional respiratória com vista a otimizar e / ou reeducar as funções • Realizar registos de ER | <p><u>Humanos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • EEER orientador • Restantes elementos da equipa | <p><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementa as intervenções planeadas com o objetivo promover o autocuidado |
| | | | <p><u>Materiais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Processo clínico • Pesquisas em Base de dados • Instrumentos de medida | |
| | | | <p><u>Físicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de EC | <p><u>Crítérios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação • Reflete na nas atividades diárias e na sua importância para atingir o objetivo |
| | | | <p><u>Temporal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ver cronograma | |

| Domínios e Competências | Objetivos específicos | Atividades a desenvolver | Recursos | Indicadores e critérios de Avaliação |
|---|--|--|---|---|
| <p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p> | <p>9 – Avaliar os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados no âmbito técnico/científico e relacional ao cliente/família com alterações do foro respiratório tendo em vista a promoção do Autocuidado</p> | <ul style="list-style-type: none"> Avaliar o resultado das intervenções efetuadas Avaliar a função respiratória Avaliar a influência função respiratória nos outros requisitos universais Rever o plano de cuidados Realizar registos de ER | <p><u>Humanos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> EEER orientador Restantes elementos da equipa <p><u>Materiais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Processo clínico Pesquisas em Base de dados Instrumentos de medida <p><u>Físicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de EC <p><u>Temporal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Ver cronograma | <p><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Avalia a função respiratória Monitoriza a implementação e os resultados dos planos estabelecidos Reformula planos de RFR, com base <p><u>Crítérios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> De que modo as atividades planeadas foram uteis para atingir o objetivo De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, |

Apêndice 2 – Cronograma do EC

Tabela 2 - Cronograma do Ensino Clínico

| Ano | | 2012 | | | | | | | | | | | | | | | | 2013 | | | | | | | |
|----------------------|---|---------------------------|----|----|----|----|----------|----|----|------------------------------|----------|----|----|--------------|----|----|----------------------|---------|----|----|----|----|-----------|--|--|
| Mês | | Outubro | | | | | Novembro | | | | Dezembro | | | | | | | Janeiro | | | | | Fevereiro | | |
| Dias | | 1 | 8 | 15 | 22 | 29 | 5 | 12 | 19 | 26 | 3 | 10 | 17 | 21 | 24 | 31 | 2 | 7 | 14 | 21 | 28 | 4 | 11 | | |
| | | 7 | 14 | 21 | 28 | 4 | 11 | 18 | 25 | 2 | 9 | 16 | 20 | 23 | 30 | 1 | 6 | 13 | 20 | 27 | 3 | 10 | 17 | | |
| Nº semanas | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | Férias Natal | | | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | | |
| Campo de EC | | EC1 – Serviço de Medicina | | | | | | | | EC2 - Serviço de Pneumologia | | | | | | | EC3 – Unidade de AVC | | | | | | | | |
| Objetivo específicos | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Apêndice 3 – Breve caracterização dos campos de EC

EC1 – Ensino clínico realizado num serviço de medicina

O serviço de medicina onde estagiei destina-se ao internamento de pessoas com uma grande variedade de patologias (hipertensão arterial, insuficiência cardíaca congestiva, infeções respiratórias, enfarte agudo do miocárdio, AVC agudo e em fase de sequelas, infeções urinárias). Tem uma lotação máxima para 31 doentes (21 em cama e 10 em macas) dispostos por 5 salas e 2 quartos individuais. Em 2012 a demora média de dias de internamento foi de 8,4 dias, a faixa etária de pessoas internadas é em média muito elevada. Neste serviço trabalham 2 EEER, embora uma desempenha funções de gestão e coordenação do serviço. A outra EEER acumula funções de coordenação do serviço na ausência da primeira e presta cuidados de enfermagem de reabilitação aos doentes aí internados.

A escolha deste campo de EC teve essencialmente três motivações principais:

- O acompanhamento de doentes com AVC em fase de sequelas, no sentido de perceber como é que espasticidade influencia a sua prática de autocuidado;
- A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com patologias do foro neurológico e/ou motor;
- A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com do foro respiratório.

Um outro aspeto que também contribuiu para a escolha deste campo de EC foi a grande diversidade de doentes, com as mais diversas patologias, que por um lado contribuiu para uma visão mais global da enfermagem de reabilitação e por outro assemelha-se com o meu local de trabalho.

O EC neste serviço decorreu ao longo de 8 semanas consecutivas, realizei apenas turnos da manhã, pois era este o horário da senhora enfermeira orientadora.

Este módulo do EC foi uma agradável surpresa na área da RFR, uma vez que grande parte dos doentes aí internados apresentava ou patologias respiratórias agudas (associado a outras patologias), ou doenças pulmonares crónicas em fase agudizada. No entanto, por outro lado, a nível do domínio sensório motor não correspondeu bem às expectativas iniciais, uma vez que um dos objetivos específicos estipulado para este campo de EC não foi possível de concretizar. Mas, apesar disso, também foi um campo rico de aprendizagens nesse último domínio. Pois proporcionou-me a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação a doentes com alterações sensitivas e motoras que não apenas provocadas por AVC, mas num leque mais alargado de patologias (problemas osteoarticulares, dermatomiosite, Parkinson, demências, erisipela grave nos membros inferiores entre outras).

Por vários motivos, neste serviço a EEER não efetua registos no processo clínico do doente, pelo que para evitar alterar o normal funcionamento do serviço fui impedido de também de os fazer. Pelo que durante esse período realizei diariamente o meu diário de estágio, que consistia num ficheiro em formato Excel com várias colunas. Essas colunas eram compostas por: nome, a idade, a data de admissão, o diagnóstico que motivou o internamento, os antecedentes pessoais, uma avaliação diária das necessidades de enfermagem de reabilitação, as intervenções realizadas, conviventes significativos, outros aspetos (como condições do domicílio) a data de alta, o destino da alta e dificuldades sentidas. Este ficheiro para além de ter sido útil no decorrer do EC para objetivar ganhos, na fase de redação do relatório permitiu a consulta de informações importantes de uma forma bastante simplificada.

EC2 – Ensino clínico realizado num serviço de pneumologia

O serviço de pneumologia onde estagiei é um serviço de internamento destinado ao internamento de pessoas com patologias respiratórias. É composto por uma equipa multidisciplinar que inclui 2 EEER e uma enfermeira a frequentar a especialidade em

enfermagem de reabilitação. Tem uma lotação máxima de 18 doentes distribuídos 3 salas de 4 camas e 3 quartos duplos.

Os doentes internados nesse serviço de pneumologia são geralmente pessoas de faixas etárias mais elevadas (com exceção dos doentes submetidos a transplantes pulmonares). De entre as principais patologias dos doentes seguidos por este serviço salientam-se a DPOC, a fibrose quística, o derrame pleural, doenças respiratórias oncológicas e doentes transplantados de pulmão com alterações agudas.

A motivação para realização de EC neste serviço prende-se com a aquisição de competências no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente do foro respiratório a nível da prevenção secundária e terciária.

Neste serviço os EEER eram responsáveis pela prestação integral de cuidados de enfermagem. Os registos de enfermagem de reabilitação efetuados neste serviço foram em linguagem CIPE ainda em formato de papel, completando com outros formulários específicos para registar escalas, exercícios de fortalecimento muscular e intervenções de RFR.

O EC neste serviço decorreu ao longo de 4 semanas consecutivas, estagiei durante turnos da manhã e um turno da tarde, o horário da senhora enfermeira orientadora era apenas nos turnos da manhã, mas houve hipótese de fazer um turno da tarde onde fui orientado por outra EEER. O objetivo da realização desse turno da tarde foi perceber as dinâmicas desse turno, por exemplo relacionadas com a utilização de CPAP.

Este EC correspondeu às expectativas iniciais uma vez que todos os objetivos estipulados para o mesmo terem sido concretizados. Um aspeto que me surpreendeu bastante foi as rápidas melhorias ao nível da independência funcional nesses doentes do foro respiratório, quando comparados com a tipologia de doentes que cuido no meu dia-a-dia de trabalho (pessoas com multipatologias).

EC3 – Ensino clínico realizado numa unidade de cerebrovasculares

A unidade de cerebrovasculares é um serviço de internamento destinado a doentes com AVC agudo, é constituído por uma equipa multidisciplinar onde existiam 5 EEER. O serviço tem uma lotação máxima de 8 camas e 1 maca em open space. A idade média das pessoas aí internadas oscilou à volta dos 60 anos, no ano 2011 estiveram pessoas internadas com um mínimo de 20 anos e máximo de 90 anos. A demora média de internamento na unidade de cerebrovasculares é 4,6 dias de internamento, após este internamento cerca de 50% tem alta para próprio o domicílio e os outros 50% são transferidos para serviços de medicina e neurologia.

A motivação para realização deste módulo do EC neste serviço prendeu-se essencialmente com a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente com AVC agudo, com particular enfoque nas intervenções preventivas do aparecimento de espasticidade.

Nesta unidade, o EEER era responsável pela prestação da integralidade dos cuidados de enfermagem. Os registos de enfermagem de reabilitação efetuados ai foram texto corrido no processo clínico do doente (em formato papel), baseando-se no processo de enfermagem: avaliação, intervenção e resultado.

O EC neste serviço decorreu ao longo de 7 semanas consecutivas, tendo realizado turnos da manhã e da tarde, de acordo com o horário do enfermeiro orientador do EC.

Este EC superou bastante as expetativas iniciais uma vez que todos os objetivos estipulados para o mesmo foram concretizados, e por outro lado, durante os turnos proporcionavam-se momentos de reflexão com o EEER orientador e outras alunas da especialidade em enfermagem de reabilitação, sobre os mais diversos assuntos relacionados com a reabilitação do doente com AVC. Estes momentos de reflexão constituíram importantes momentos de aprendizagem e de partilha de experiencias.

**Apêndice 4 – Definição, prevalência, fatores preditivos, avaliação e tratamento
da espasticidade pós AVC**

DEFINIÇÃO DE ESPASTICIDADE

Numa recente RSL, realizada por Ward (2012, p. 22), o autor chama atenção para a evolução do conceito de espasticidade ao longo dos anos e para o facto de não existir nenhuma definição correta e universal, pois tal como refere “spasticity is not a single entity”.

A espasticidade é fisiologicamente definida como um aumento do tônus muscular¹³, caracterizada pela hiperatividade do reflexo miotático, causada pelo aumento da velocidade de resposta muscular ao estiramento. Esta descoordenação pode ser intermitente ou persistente e decorre de uma lesão do neurónio motor central. É extremamente frequente nos casos de lesão do neurónio motor superior da via córtico-retículo-bulboespinal, que altera o sistema inibitório supraespinal do reflexo miotático (Ward, 2012).

ACHADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE A PREVALÊNCIA E FATORES PREDITIVOS DE ESPASTICIDADE PÓS AVC

A prevalência da espasticidade é variável, nos artigos consultados foram encontrados diferentes graus de espasticidade em diferentes momentos da reabilitação, a seguir apresento um breve resumo dos dados encontrados:

- Um estudo realizado por Ryu et al (2010) apresenta um valor de 42% para a prevalência da espasticidade (na admissão numa unidade de internamento de medicina de reabilitação, em 245 pessoas com AVC);
- Em dois estudos realizados na Suécia em diferentes hospitais, um revelou que 21% dos doentes apresentaram espasticidade na avaliação inicial (média

¹³ O tônus muscular é um estado constante de tensão permanente do músculo estirado, mesmo em repouso. Existem três reflexos essenciais que explicam a sua existência: o reflexo miotático de extensão, reflexo miotático inverso e reflexo de encurtamento – (Ward, 2012)

5,4 dias após o AVC) e 18% desses mantinham a espasticidade 3 meses depois (Sommerfeld, Eek, Svensson, Holmqvist, & Arbin, 2003), o outro estudo registou uma prevalência de 17% de espasticidade um ano após o AVC (numa amostra de 140 pessoas com AVC) (Lundstrom, Terént, & Borg, 2008);

- Um estudo alemão (Urban, et al., 2010), com uma amostra de 211 pessoas com AVC isquémico e sequelas motoras, a prevalência da espasticidade um ano após o AVC foi de 42,6% e destes 15,6% apresentavam um grau elevado de espasticidade [Escala Ashworth Modificada (MAS) ≥ 3]. Apesar de não se verificar diferença entre a prevalência da espasticidade dos membros superiores ou dos inferiores, observaram-se com mais frequência (18,9%) graus mais elevados de espasticidade (MAS) nos membros superiores do que nos inferiores (5,5%);
- Um outro estudo realizado em vários países da América do norte, Europa e Austrália revela que mesmo aquelas pessoas com AVC que são consideradas “recuperadas” e que apresentam um índice de Barthel máximo, podem por vezes apresentar alguma espasticidade ao nível da mão (Brainin & et al, 2011);
- Uma RSL realizada por Ward (2012) refere que a prevalência da espasticidade após o AVC é elevada e que pode situar-se entre 21 e 24,5% na fase aguda (média 5 a 6 dias pós AVC) e que um ano após o primeiro AVC, a prevalência da espasticidade pode oscilar entre 17 e 46%.

O conhecimento dos fatores preditivos de espasticidade pós AVC pode revelar-se uma mais-valia na identificação precoce das pessoas com alto risco de desenvolver espasticidade. Nos últimos anos, vários estudos têm sido desenvolvidos nesta área, no entanto os resultados nem sempre foram concordantes (Urban, et al., 2010; Sommerfeld, Eek, Svensson, Holmqvist, & Arbin, 2003; Ryu, Lee, Lee, & Chun, 2010). Alguns fatores identificados como de risco mais elevado para o desenvolvimento da espasticidade foram: a paresia grave inicial (nomeadamente ao nível da mão) e a hemihipoestesia, as limitações motoras no hemicorpo esquerdo,

scores elevados da escala do AVC do National Institute of Health (NIHSS), tratamento conservador (não cirúrgico), a baixa pontuação do Índice de Motricidade, o baixo status funcional, o doente ser novo, o doente ser fumador.

AVALIAÇÃO DA ESPASTICIDADE

A avaliação da espasticidade, de acordo com Menoita (2012), deve iniciar-se com a inspeção e palpação dos músculos, de modo a constatar quais as propriedades físicas dos mesmos (consistência, extensibilidade, passividade). A mobilização passiva dos vários segmentos corporais deve ser o passo seguinte na avaliação do tônus muscular. Nesta fase a utilização de uma escala/instrumento de medida torna-se imperativa, para objetivar o resultado dessa mobilização. A MAS é uma escala que tem sido comumente referenciada por permitir apresentar dados objetivos da avaliação do tônus muscular. A avaliação do tônus é realizada através da mobilização passiva dos vários segmentos articulares avaliando o momento da amplitude articular em que surge a resistência ao movimento, traduzindo-se num valor ordinal que pode variar entre 0 e 4, tal como pode ser observado na tabela seguinte (Salm, Veltink, Hermens, IJzerman, & Nene, 2005).

Tabela 3 - Escala de Ashworth Modificada

| Escala de Ashworth Modificada | |
|--------------------------------------|---|
| 0 | Nenhum aumento de tônus muscular |
| 1 | Leve aumento do tônus, manifestado por um tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular quando a região é movida em extensão/flexão |
| 1+ | Leve aumento do tônus, manifestado por um tensão abrupta seguida de resistência mínima em menos da metade da amplitude do movimento articular restante |
| 2 | Aumento mais marcado do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude do movimento articular, mas a região é movida facilmente |
| 3 | Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil |
| 4 | Parte afetada rígida em flexão ou extensão |

A avaliação deve iniciar-se no sentido distal para proximal. A utilização da MAS para avaliar as alterações do tônus muscular nos doentes com AVC é recomendável, no entanto o profissional deve estar consciente das limitações desta escala. Por um lado, a MAS é uma avaliação quantitativa da resistência ao movimento passivo, e portanto, reflete apenas um aspeto da espasticidade em vez de fornecer uma medida abrangente. Por outro lado, esta escala traduz uma avaliação da resistência ao movimento passivo de uma extremidade e não apenas à hiperexcitabilidade do reflexo de estiramento, deste modo o score obtido pode ser suscetível de ser influenciado pelas propriedades não contrateis de tecidos moles, pela distonia, pela rigidez e por respostas reflexas do estiramento. A escala também não ajuda a distinguir espasticidade de rigidez (Neurology Section, 2011). Desta forma, é fundamental que durante a mobilização passiva se perceba qual o padrão de movimento, e se, tal como referem Kenyon & Kenyon (2004), o movimento for efetuado em roda dentada trata-se de uma situação de rigidez muscular. Por outro lado, o padrão de movimento da espasticidade é frequentemente denominado de navalha pois caracteriza-se por oferecer grau variável de resistência inicial, com facilitação posterior (em determinadas situações a resistência não cede), e é exacerbada com movimentos mais rápidos (Leal F. , 2001). Teixeira, Olney & Brouwer (1998) salientam que a quantificação do grau de espasticidade continua a ser um problema de difícil solução pois esta é influenciada por fatores como ansiedade, depressão, fadiga e/ou temperatura ambiental.

ATITUDE DE WERNICKE-MANN

A espasticidade geralmente desenvolve-se paulatinamente nos músculos extensores do membro inferior e nos músculos flexores do membro superior. No entanto, nos casos mais graves, a espasticidade pode ocorrer mesmo no início do AVC (Bobath, 1990). A distribuição da espasticidade no corpo é variável, situando-se normalmente nos músculos antigravíticos do hemicorpo mais afetado. Este padrão espástico denomina-se de atitude de Wernicke-Mann. Esta postura é caracterizada por:

- Cabeça e pescoço: rotação para o lado são e inclinação para o lado mais lesado;
- Tronco: inclinação lateral para o lado mais afetado;
- Membro superior mais afetado: retração e depressão da escápulo umeral, rotação interna do braço, flexão com pronação do cotovelo e punho, mão com desvio cubital e dedos em flexão e adução;
- Bacia – bácia anterior;
- Membro inferior mais afetado: rotação externa e extensão coxofémural, extensão do joelho, inversão do pé e flexão plantar (Menoita, 2012).

ABORDAGENS TERAPÊUTICAS NA GESTÃO DA ESPASTICIDADE

Os vários autores consultados apontam várias formas de abordagem da espasticidade. Lianza, et al. (2001) referem que devem ser considerados quatro princípios na abordagem da espasticidade: não existe um tratamento de cura definitiva, o tratamento é multifatorial visando a diminuição da incapacidade, o tratamento deve estar inserido num programa de reabilitação, e o tempo de tratamento deve ser baseado na evolução funcional.

A escolha das intervenções terapêuticas a incluir no plano individual de cada doente deve basear-se sempre nas implicações da espasticidade naquela pessoa. Embora exista consenso quanto ao leque de intervenções disponíveis para ajudar o doente com espasticidade, os estudos consultados não demonstram consenso quanto à escolha de uma em detrimento de outra. A inclusão do doente em programa de reabilitação é de todas as intervenções aquela que com mais frequência é referida como primordial para constar no plano terapêutico. No entanto, o programa de reabilitação funcional não deve ser utilizado como uma intervenção isolada. Isto foi demonstrado num estudo de Segura et al (2007), que comparou dois grupos de pessoas com AVC – o primeiro grupo foi submetido apenas a um programa de reabilitação funcional e o segundo ao mesmo programa em conjunto com determinadas intervenções farmacológicas. Apesar de ambos os grupos

apresentarem redução da espasticidade, os ganhos do segundo grupo foram mais expressivos. Para além da reabilitação funcional na literatura consultada são referidas outras abordagens na gestão da espasticidade, nomeadamente: farmacológicas (oral, intratecal), cirurgias, bloqueios neuromusculares, utilização de talas (talas de pressão, talas rígidas e semirrígidas) e ortóteses e outras intervenções físicas (Ward, 2012) .

A utilização de fármacos por via oral com intuito de reduzir a espasticidade é largamente utilizada, com elevado nível de evidência e benefícios demonstrados (Lianza & al, 2001). Os fármacos mais comumente utilizados são: o baclofeno, a tizanidina, a clonidina, o diazepam, a gabapentina e a pregabalina (estes dois últimos têm recentemente apresentado benefícios práticos). Estes fármacos têm um efeito relaxante muscular generalizado, mas a sua utilização encontra-se condicionada, quer pelos efeitos colaterais frequentes (sonolência, hipotensão, confusão, alucinações, bradicardia, xerostomia, náuseas), Mas também pela necessidade frequente de ajuste de dose (Barnes, 1998; Brainin, et al., 2011; Satkunam, 2003). A administração de baclofeno intratecal é reservada apenas para situações onde já foram exploradas todas as outras abordagens terapêuticas (Satkunam, 2003).

O bloqueio neuromuscular com recurso a injeções de fenol é utilizado para bloqueio de grandes nervos que inervam determinada região corporal e, apesar de apresentar enormes benefícios na espasticidade secundária ao AVC, a sua utilização é limitada por estar associada a disestesias e dor crónica (Satkunam, 2003). A injeção de toxina botulinica para o bloqueio de grupos musculares espásticos específicos tem demonstrado benefícios clínicos e apresenta reduzidos efeitos secundários (Satkunam, 2003; Smania, et al., 2010).

O tratamento cirúrgico da espasticidade tende a ser reservada para os casos mais refratários. Procedimentos cirúrgicos ortopédicos, tais como alongamento, liberação ou transferência de um tendão, podem ser úteis para otimizar a função e prevenir ou corrigir contraturas (Barnes, 1998; Satkunam, 2003).

A aplicação de talas de pressão e ortóteses podem impedir a formação de contraturas no membro espástico, melhorar a amplitude do movimento e permite manter a articulação em posição funcional (Smania, et al., 2010; Barnes, 1998).

Outras intervenções físicas como: estimulação elétrica transcutânea (Brainin & et al, 2011; Stevenson, 2010; Smania, et al., 2010), tratamento com ultrassons, crioterapia, termoterapia, estimulação vibrátil e técnicas de biofeedback (Smania, et al., 2010), foram também referenciadas na bibliografia como medidas que ajudam a melhorar a espasticidade, porém não se verificam resultados a longo prazo, mas sim um efeito momentâneo.

Apêndice 5 – RSL sobre a prevenção da espasticidade no doente com AVC

1. METODOLOGIA DA RSL

A utilização de uma metodologia rigorosa é de extrema importância para a realização de uma RSL, por isso, com intuito de reduzir o viés de seleção de artigos, na análise crítica dos mesmos e na sua síntese optei por nortear a presente RSL no seguinte artigo: “Revisão Sistemática: recurso que proporciona a incorporação de evidências na prática de enfermagem” (Galvão, Sawada, & Trevizan, 2004).

Como ponto de partida para a presente RSL, foi formulada a pergunta de investigação: “Quais são as intervenções do EEER na prevenção da espasticidade na pessoa com AVC?”. Na enunciação desta, utilizei para o efeito a mnemónica PICO (Joanna Briggs Institute, 2011), de forma a construir uma questão viável e respondível. No quadro seguinte exponho a correspondência da mnemónica com a questão de investigação.

Tabela 4 - Constituintes da questão PICO

| | | |
|----------|-------------|--|
| P | População | Pessoas adultas com AVC |
| I | Intervenção | Intervenções do EEER |
| C | Comparação | ----- |
| O | Resultados | Prevenção da espasticidade na reabilitação da pessoa com AVC |

Após a enunciação da questão de investigação, tornou-se necessário o estabelecimento dos critérios de inclusão e de exclusão dos artigos encontrados, que apresento na tabela seguinte.

Tabela 5 - Critérios para a inclusão e exclusão de artigos

| Critérios de inclusão | Critérios de exclusão |
|--|--|
| 1. Estudos de abordagem qualitativa, quantitativa, RSL, artigos de opinião/reflexão e estudos de caso; | 1. Artigos com metodologia pouco clara, sem uso de métodos científicos; |
| 2. Artigos cuja população englobe pessoas com mais de 18 anos com disfagia pós com AVC; | 2. Artigos cuja população englobe pessoas com menos de 18 anos; |
| 3. Artigos que exponham intervenções de enfermagem, na prevenção da espasticidade; | 3. Artigos em que não estejam presentes intervenções de enfermagem promotoras de Reabilitação; |
| 4. Artigos com enfoque na promoção da reabilitação; | 4. Artigos que abordem a espasticidade não decorrente de um AVC |
| 5. Artigos nos seguintes idiomas: Português, Espanhol, Francês, Italiano e Inglês. | 5. Artigos em outros idiomas não especificados nos critérios de inclusão. |

Para a pesquisa de artigos científicos, utilizei o motor de busca electrónico EBSCOhost para aceder às seguintes bases de dados: Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, CINAHL, MEDLINE e MedicLatina. A pesquisa foi efetuada dia 27 de Julho de 2013, utilizando os descritores e orientação dos mesmos apresentados na tabela seguinte. O modo de pesquisa selecionado foi Booleano/Frase, e foram apenas considerados artigos analisados por especialistas.

Tabela 6 - Resumo dos descritores utilizados para a pesquisa e respetivo número de artigos encontrados

| | | | | | | |
|--|-----|--|-----|---|-----|-----------------|
| nurs* intervention* or nurs* care or nurs* role | and | Strok* or cerebrovascular accident | and | spas* or hyperton* or reflex* or contractur* or muscl* tone or synerg* pattern* | and | rehabilitation* |
| 175 528 Artigos | | 263 745 Artigos | | 229 973 Artigos | | 403 979 Artigos |
| 9 Artigos | | | | | | |

Da pesquisa efetuada resultaram 9 artigos, dos quais aplicando os critérios de inclusão/exclusão foram selecionados 3 artigos. Na tabela seguinte exponho a correspondência entre os artigos excluídos e respetivo motivo.

Tabela 7 - Motivo de exclusão dos artigos encontrados

| Identificação do artigo | Motivo de exclusão |
|--|--|
| Adamczyk, K., Lorencowicz, R., Zajko, A. & Rejszel. E. (2002) Effect of nursing care on self-care efficiency of patients with hemiparesis. <i>Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio D: Medicina.</i> 57 (2). | Não disponível em texto integral* |
| Johnston, K. & Olson E. (1980). Application of Bobath principles for nursing care of the hemiplegic patient. <i>ARN Journal.</i> 5(2). | Não disponível em texto integral* |
| Matthews, S. (2009) Interventions for Rehabilitation Post-Stroke and the Contribution of the Nursing Staff. <i>JARNA.</i> 12 (3): 12-5 | Não faz referência a intervenções de enfermagem na prevenção |

| | da espasticidade |
|---|--|
| Schultz, L. C. (1973). Nursing care of the stroke patient. Rehabilitative aspects. <i>The Nursing Clinics Of North America</i> . 8 (4). | Não disponível em texto integral* |
| Seneviratne, C., Then, K.L. &Reimer M. (2005) Post-stroke shoulder subluxation: a concern for neuroscience nurses. <i>Axone</i> . 27(1). | Os objetivos do artigo não expõem intervenções de enfermagem na prevenção da espasticidade |
| Voller, B., Földy, D., Hefter, H., Auff, E. & Schnider, P. (2001) Treatment of the spastic drop foot with botulinum toxin type A in adult patients <i>Wiener klinische Wochenschrift</i> . 113 (4). 25-9. | O título não remete para intervenções de enfermagem preventivas de espasticidade, remete para tratamento farmacológico e encontra-se em alemão |
| *a versão de texto integral (ou em revista) não está acessível em nenhum centro de recursos em Portugal (segundo informação de uma bibliotecária de um hospital da grande Lisboa) | |

RESULTADOS DA RSL

Para facilitar a apresentação dos resultados, apresento-os sob a forma de tabela, listados de acordo a sua data de publicação. Apenas apresento os resultados dos artigos anteriormente identificados, apesar de na discussão dos resultados não me limitar apenas a esses.

Para classificação do nível de evidência foi utilizado a classificação de Bandolier ¹⁴ (1994).

¹⁴ Tipo e nível de evidência

I - Fortes evidências de pelo menos uma revisão sistemática publicada em vários estudos randomizados controlados

II - Evidência forte de pelo menos uma publicação corretamente projetado, resultante de estudo randomizada controlado de tamanho adequado e em um ambiente clínico adequado

III - Evidências de ensaios publicados bem desenhados, sem randomização, grupo único pré e pós, coorte, séries temporais de estudos controlados com caos combinados

IV - Evidências de estudos bem desenhados, estudos experimentais de mais de um centro ou grupo de pesquisa

V - Opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidência clínica, estudos descritivos ou relatórios das comissões, de consenso de especialistas

Tabela 8 - Apresentação dos resultados da RSL

| Autor (Ano) Título do artigo | Objetivos do Estudo | Tipo de Estudo Nível de evidência | Participantes | Resultados / intervenções de enfermagem |
|---|---|---|---|--|
| Borgman & Passarella, (1991) Nursing care of the Stroke Patients using Bobath Principles – an approach to Altered movement | <ul style="list-style-type: none"> - Analisar os cuidados de enfermagem à luz da abordagem de Bobath - Comparar os cuidados de enfermagem de Bobath com a abordagem tradicional | <ul style="list-style-type: none"> - Análise da literatura - Nível de evidência V | <ul style="list-style-type: none"> - 10 Artigos - 4 Livros, um dos quais é o livro originar de Bobath | <p>Abordagem tradicional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfatiza-se os cuidados ao lado não afetado, através do ensino de técnicas compensatórias com o objetivo de recuperar um padrão unilateral de função, uma vez que as lesões cerebrais são permanentes, acredita-se que a recuperação da função do lado afetado será menor; - Não faz referência às alterações do tônus muscular; <p>Abordagem de Bobath</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recuperar o máximo grau de função bilateral, uma |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>vez que se pressupões que o doente com AVC tem a capacidade de reaprender os movimentos normais bilaterais;</p> <ul style="list-style-type: none">- Enfatiza-se a função bilateralmente do corpo, com ensino de técnicas não compensatórias;- As funções que frequentemente ficam afetadas no doente com AVC são:<ul style="list-style-type: none">• Equilíbrio – é mantido pelas reações posturais que respondem automaticamente aos movimentos do corpo e que resultam de ajustes constantes do tónus muscular. Estas reações posturais inconscientes estão diminuídas no doente com AVC, o medo de falhar devido à diminuição do equilíbrio pode ser um problema. É imperativo o ensino ao doente de técnicas para readquirir o equilíbrio;• Postura – geralmente apresentam uma postura hemiplégica (...). É fundamental reaprender uma postura normal bilateralmente nas atividades |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>como o rolar, sentar, ficar de pé, entre outras. O equilíbrio (estático e dinâmico) é um aspeto fundamental na postura;</p> <ul style="list-style-type: none">• Tónus muscular – o tónus muscular não é sempre constante, podem ocorrer variações de graus de espasticidade a flacidez simultaneamente. Numa fase inicial o tónus muscular é baixo, mantendo os membros afetados moles e pesados, passado algum tempo o tónus muscular vai aumentando tornando os membros afetados rígidos e difíceis de mover. O objetivo é alcançar um tónus muscular normal. Este objetivo é alcançado mantendo uma postura simétrica e suportando o peso no lado afetado, reduzir o nível de dor e medo corrigindo movimentos anormais;• É frequentemente a ausência de movimento ou movimentos anormais, nos doentes com AVC, estes não resultam de fraqueza, mas sim da incapacidade de se lembrar como executar o |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|-------------------------------|---|-------------------------|---|---|
| | | | | <p>movimento normal. Os movimentos anormais podem dever-se a sinergias (contração simultânea de vários músculos) ou a alteração nos tempos de contração muscular. A abordagem dos cuidados de enfermagem de Bobath preconiza o movimento bilateral, pelo que o enfermeiro deve guiar o movimento quando o doente não o consegue fazer por si só;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensação e perceção – frequentemente o doente com AVC tem alterações da sensibilidade, pode não sentir tocar, ou localizar o toque. Quando existe um toque bilateral o doente apenas sente no lado não afetado, pode significar alterações da perceção. Outra alteração frequente relaciona-se com a ausência de sensibilidade proprioceptiva. |
| Hafsteinsdóttir (1996) | - Analisar a abordagem NDT apresentando o | - Análise da literatura | - Artigos de análise dos modelos e livros dos | <p>Abordagem NDT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baseia-se em princípios de reabilitação não compensatórios; |

| | | | | |
|---|--|-------------------------------|--|---|
| <p>Neurodevelopmental treatment: Application to nursing and effects on the hemiplegic stroke Patient</p> | <p>seu modelo concetual e teórico em contraste com as abordagens tradicional e de Brunnstrom;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descrever o modelo concetual e teórico básico da abordagem NDT aplicados à enfermagem; - Realizar uma pesquisa bibliográfica sobre a relação da abordagem | <p>- Nível de evidência V</p> | <p>autores originais das abordagens (num total de 45 referencias bibliográficas)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - O objetivo é maximizar o grau de função bilateral e assim ajudar o doente com hemiplegia pós AVC a recuperar o máximo de autonomia possível; - Promove o uso das reações posturais avançadas (alinhamento, equilíbrio, proteção e defesa). As reações de alinhamento devem ser utilizadas em todas as mobilizações, tais como rolar, transferências e exercícios de equilíbrio. As reações de equilíbrio, bem como as de defesa e proteção induzem alterações de tónus postural; - A espasticidade no doente hemiplégico é desenvolvida por mecanismos de reflexo postural desinibidos que se desenvolvem patologicamente e pode ser evitada; - Para Bobath só suprimindo padrões anormais de movimento se pode introduzir padrões normais de movimento. Assim, propõem a utilização de padrões inibitórios de movimentos reflexos. Desta forma é possível contrariar padrões de movimento |
|---|--|-------------------------------|--|---|

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | NDT associada ao doente hemiplégico após um AVC | | | <p>anormais que se instalam com o aumento do tônus muscular. Num membro superior de um doente hemiplégico o padrão inibitório do movimento reflexo deve passar pela protusão da cintura escapular, abdução do ombro, extensão do cotovelo, do pulso e dedos com abdução do polegar (o movimento deve ser efetuado pelo profissional de forma dinâmica sem recurso a resistência);</p> <p>- A reabilitação do doente com AVC desenvolve-se em 3 estádios, que se baseiam no aparecimento e diminuição da espasticidade:</p> <p>1º Estádio – fase flácida – deve-se dar especial ênfase às reações posturais avançadas e à transferência de peso do lado afetado para estimular retorno da função motora;</p> <p>2º Estádio – fase espástica – desenvolve-se espasticidade e o doente adquire uma postura assimétrica (postura hemiparética). Esta postura</p> |
|--|---|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>caracteriza-se por:</p> <p>1ºInclinação da cabeça para o lado afetado e rotação de modo a que o rosto fique virado para o lado não afetado;</p> <p>2ºA cintura escapular retrai e deprime;</p> <p>3ºO ombro fica em adução e rotação interna, mantendo o braço afetado junto do corpo;</p> <p>4ºO cotovelo, punho e dedos ficam firmemente flexionados;</p> <p>5ºElevação da bacia, extensão do joelho, flexão plantar, supinação, inversão do tornozelo flexão dos dedos;</p> <p>6ºUma diminuição significativa do controlo muscular do tronco com ligeira flexão para o lado afetado.</p> <p>3º Estádio – Fase reabilitativa – inicia-se com a diminuição do tónus muscular e um aparecimento de maior quantidade de movimentos independentes de sinergias. Devem</p> |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>trabalhar-se as reações de equilíbrio e defesa em todas as posições terapêutica, tais como sentado, ajoelhado e em pé.</p> <ul style="list-style-type: none">- É fundamental uma avaliação inicial de enfermagem rigorosa, observando movimentos uni ou bilateralmente, avaliar transferências de peso bilateralmente, despiste de rigidez nos movimentos, avaliação do tônus muscular, equilíbrio, postura, sensação e percepção;- As intervenções de enfermagem enfatizam a ativação bilateral com atividades como sentar-se, levantar, ficar de pé, exercícios de equilíbrio. Estas atividades devem ser incorporadas em todas as AVD. Um método para controlar a espasticidade é estar sempre em padrão antiespástico. O padrão antiespástico consiste na protusão do ombro com rotação externa, extensão do cotovelo com antebraço em supinação, dedos da mão em extensão e abdução, protusão da bacia com |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>rotação interna da coxo-femural, flexão coxo-femural, joelho, tibiotársica, alongamento do tronco no lado afetado;</p> <ul style="list-style-type: none">- A normalização do tônus muscular é fundamental, flacidez torna os movimentos impressivos, e a espasticidade torna os movimentos pesados e resistidos. <p>Abordagem de Brunnstron</p> <ul style="list-style-type: none">- Promove-se simultaneamente a utilização de movimentos sinérgicos e reflexos posturais primitivos. Que consiste em movimentos involuntários sob a forma de sinergias no lado afetado, provocados por movimentos fortes em outras partes do corpo, esses movimentos tornam-se mais fortes com o aumento da espasticidade;- A espasticidade precisa de ser evocada, se estiver presente deve ser estimulada; |
|--|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none">- A reabilitação desenvolve-se ao longo de 6 estádios, cada um desses é definido pelo aparecimento de tónus muscular anormal e sinergias nos membros afetados;- Devem ser treinadas algumas atividades, nomeadamente: posicionamentos na cama, exercícios na cama e exercícios de equilíbrio sentados; <p style="text-align: center;">Abordagem tradicional</p> <ul style="list-style-type: none">- Baseia-se em princípios de reabilitação compensatórios, focando-se na ativação do lado não afetado no doente hemiplégico, uma vez que a recuperação da função do lado afetado é pouco expetável pelo que promove-se a autonomia unilateral;- O objetivo principal é prevenir complicações da imobilidade e recuperar autonomia nas AVD; |
|--|--|--|--|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> - Os estudos analisados não demonstram claras evidências de eficácia na reabilitação motora de uma abordagem em detrimento das outras. Apenas um estudo realizado no âmbito da enfermagem demonstrou maior eficácia na abordagem de Bobath. |
| Seneviratne & Reimer (2004) Neurodevelopmental treatment and stroke rehabilitation: A critique and extension for neuroscience nursing practice | <ul style="list-style-type: none"> - Analisar a literatura existente sobre a NDT; - Analisar a literatura existente sobre a NDT nos cuidados de enfermagem no doente com AVC; | <ul style="list-style-type: none"> - Análise da literatura - Nível de evidência V | <ul style="list-style-type: none"> - Análise de 1 artigo e 2 livros de Bobath, - Análise de 54 artigos de reflexão sobre os princípios de Bobath, | <p>Abordagem de Bobath - NDT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os principais objetivos são: o controlo do tônus postural e redução da espasticidade. - Bobath descreve as diferentes fases de hemiplegia: <ul style="list-style-type: none"> • Na fase de flacidez o terapeuta centra-se essencialmente na postura corporal (posicionamento pélvico em posição neutra técnicas de transferência de peso sentado e sentado e em pé). Salienta a importância do movimento normal e correto em pontos-chave (como o tronco, cintura escapular, e região pélvica). A pessoa com AVC é um participante |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | <p>- Explorar questões relacionadas com a colaboração transdisciplinar na reabilitação do doente com AVC e quais as implicações para a prática de enfermagem;</p> | | | <p>ativo e o terapeuta ajuda o paciente a obter postura e movimentos normais, de modo a prevenir a espasticidade.</p> <ul style="list-style-type: none">• A espasticidade geralmente desenvolve-se lentamente nos músculos extensores da perna e flexores do braço. No entanto, nos casos mais graves, espasticidade forte pode ocorrer mesmo no início do AVC. Bobath afirmou que a espasticidade ocorre em padrões específicos, esses padrões devem ser evitados durante o tratamento por meio de técnicas especiais de mobilização dos doentes- Técnicas que neutralizam os padrões anormais de atividade tónica reflexa. Um exemplo de uma das técnicas de Bobath é a mobilização da cintura escapular colocando uma mão sobre a escápula do doente, movendo o ombro para a frente afastando-se da coluna mantendo a amplitude de |
|--|---|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>movimento normal, com intuito de reforçar o movimento normal e assim, diminuir a espasticidade. Outros aspetos importantes desta fase é a preparação do doente para ficar de pé e andar, ensinando-lhe a realizar a ponte (na posição de decúbito dorsal o enfermeiro apoia os joelhos fletidos do doente, para que este eleve a pélvis formando uma ponte relativamente à cama).</p> <ul style="list-style-type: none">• Na fase de reabilitação – deve dar-se continuidade à manutenção de uma posição neutra nos posicionamentos e nas mobilizações. <p>- Salienta a importância da manutenção da promoção da postura neutra e os padrões normais de movimento durante os posicionamentos, as transferências e nas AVD;</p> <p>- De forma a evitar períodos de aumento do tônus muscular o enfermeiro deve guiar o movimento do</p> |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>doente, de forma a reduzir o esforço excessivo, que é apontado como uma das principais causas de espasticidade;</p> <p>- Técnicas de NDT aplicadas à enfermagem no doente com AVC:</p> <ul style="list-style-type: none">• Rolar ou virar na cama deve ser ensinado para promover o movimento bilateral independente. O movimento deve ser ensinado iniciando-se juntando as mãos à sua frente, em seguida, levantar a cabeça e os ombros para fora da cama e olhar na direção do movimento. Os joelhos devem ser fletidos e o enfermeiro deve apoiar os joelhos e as costas do doente fazendo com que role para mais próximo de si. Após o movimento completo o ombro (do lado que fica junto à cama) deve ser colocado em protusão, puxado à frente e em rotação externa o antebraço fica em posição de supina. Deve colocar-se um apoio nas costas, a bacia é posicionada em báscula posterior |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>incentivando assim a colocação natural da perna de cima para a frente com o joelho e tornozelo fletidos e apoiados numa almofada.</p> <ul style="list-style-type: none">• As transferências iniciam-se com o doente sentado na margem da cama e inclinado ligeiramente para afrente, e as suas mãos devem estar entrelaçadas. Para garantir uma transferência segura, o enfermeiro coloca os seus joelhos em ambos os lados do doente e as mãos suas colocados na cintura do doente, seguidamente com um movimento para trás, o enfermeiro auxilia o doente a levantar as nádegas e roda os pés 90 graus em direção à segunda superfície e senta-se na posição vertical.• Ajustar a posição sentado - após a transferência para uma cadeira ou cadeira de rodas, acontece frequentemente verificar-se uma curvatura na região lombar levando a uma postura desadequada. A técnica para corrigir esta postura |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>anormal passa por: com os pés do doente no chão e com o enfermeiro em pé do lado afetado, o doente inclina-se para frente e o enfermeiro move o quadril do doente para trás. Esta técnica reduz o risco de causar subluxação do ombro, e o esforço utilizado pelo enfermeiro é diminuído pois assenta no princípio da transferência de peso do pé da frente para o pé de trás, criando o movimento de alavancagem.</p> <ul style="list-style-type: none">• Vestir, higiene e alimentação – os enfermeiros, ao guiarem-se por técnicas tradicionais incentivam o doente a usar o seu lado funcional, (quer a lavar o rosto ou vestir suas roupas). A abordagem NDT incentiva o uso de ambos os lados, assim, o doente é auxiliado pelo enfermeiro que realiza o movimento adequado no lado hemiplégico; este princípio evita que os membros hemiplégicos sejam negligenciados e fisicamente promove o |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>movimento desse membro</p> <ul style="list-style-type: none">- As técnicas referidas anteriormente não devem ser utilizados isoladamente. É fundamental que os enfermeiros utilizem estes princípios enquanto cuidam no dia-a-dia dos doentes com AVC- Outros princípios de reabilitação do doente com AVC: Programas de Reaprendizagem Motora, Técnica de Brunnstrom, Teoria Biomecânica)- Os programas de reaprendizagem motora são vistos como complementares e não superior á NDT; |
|--|--|--|--|---|

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

Dos artigos consultados, apesar de como já foi anteriormente demonstrado (capítulos 1 e 1.1) ser um tema bastante pertinente, apenas foram encontrados 3 artigos cujo nível de evidência científica é baixo. Dos artigos consultados, apesar de se notar uma ampla revisão da literatura, não fazem referência a uma metodologia sistematizada de revisão da literatura.

Dos estudos analisados todos fazem referência à abordagem de Bobath ou à terapia neurodesenvolvimental (NDT), 2 estudo fazem referência à abordagem tradicional (Hafsteinsdóttir, 1996; Borgman & Passarella, 1991) e apenas 1 estudo faz referência à abordagem de Brunnstron (Hafsteinsdóttir, 1996).

Na abordagem tradicional o objetivo é a prevenção de complicações da imobilidade e a recuperação da autonomia nas AVD. Baseia-se em princípios de reabilitação compensatórios, focando-se na ativação do lado não afetado no doente hemiplégico, uma vez que a recuperação da função do lado afetado é pouco exetável, promovendo-se antes a autonomia unilateral. Não faz alusão às intervenções do EEER na prevenção da espasticidade (Hafsteinsdóttir, 1996; Borgman & Passarella, 1991).

Quanto à abordagem de Brunnstron, a reabilitação desenvolve-se ao longo de 6 estádios, e cada um desses estádios é definido pelo aparecimento de tónus muscular anormal e sinergias nos membros afetados. Promove-se simultaneamente a utilização de movimentos sinérgicos e reflexos posturais primitivos, ou seja, estimulam-se movimentos involuntários sob a forma de sinergias no lado afetado, provocados por movimentos fortes em outros segmentos corporais, esses movimentos tornam-se mais fortes com o aumento da espasticidade. Desta forma, de acordo com esta abordagem a espasticidade precisa de ser evocada e/ou estimulada. Este método é utilizado em doentes com hipotonia persistente de modo a facilitar a normalização do tónus muscular (Hafsteinsdóttir, 1996), pelo que não faz referência às intervenções do EEER na prevenção da espasticidade.

De acordo com os artigos analisados (Borgman & Passarella, 1991; Hafsteinsdóttir, 1996; Seneviratne & Reimer, 2004) os principais objetivos da abordagem de Bobath (1990) ou NDT são a normalização do tônus postural e a redução da espasticidade. Procura-se readquirir o máximo de autonomia possível recuperando o máximo de função bilateral, uma vez que se pressupõe que o doente com AVC tem a capacidade de reaprender os movimentos normais bilaterais. Portanto, enfatiza-se a função bilateral do corpo através do ensino de técnicas compensatórias. Bobath divide o processo de reabilitação em 3 estádios que são delimitados pelas alterações do tônus muscular:

- 1º Estádio – fase flácida – deve dar-se especial ênfase às reações posturais avançadas e à transferência de peso do lado afetado para estimular retorno da função motora;
- 2º Estádio – fase espástica – a espasticidade no doente hemiplégico surge por mecanismos desinibidos de reflexo postural, que se desenvolvem patologicamente. Quando a espasticidade se desenvolve, o doente adquire uma postura assimétrica designada de atitude Wernicke-Mann.
- 3º Estádio – Fase reabilitativa – inicia-se com a diminuição do tônus muscular e um aparecimento de maior quantidade de movimentos independentes de sinergias.

Na fase de flacidez, o enfermeiro deve centrar-se essencialmente na postura corporal mantendo o doente constantemente numa posição neutra. Salienta-se a importância do movimento normal e correto em pontos-chave (como o tronco, cintura escapular, e região pélvica). A pessoa com AVC é um participante ativo e o EEER ajuda o doente a obter postura e movimentos normais, de modo a prevenir a espasticidade. Um método para prevenir a espasticidade é adoção constante de um padrão antiespástico (Seneviratne & Reimer, 2004). Hafsteinsdóttir (1996) acrescenta que deve dar-se especial ênfase às reações posturais avançadas e à transferência de peso do lado afetado para estimular retorno da função motora.

De acordo com Seneviratne & Reimer (2004), no segundo estágio é fundamental o conhecimento dos padrões específicos de desenvolvimento da espasticidade, pois esses devem ser evitados durante o tratamento por meio de técnicas especiais de manipulação - técnicas que neutralizem os padrões anormais de atividade tônica reflexa. Um exemplo de uma das técnicas de Bobath é a mobilização da cintura escapular colocando uma mão sobre a escápula do doente, movendo o ombro para a frente afastando-se da coluna de acordo com a amplitude de movimento, com intuito de reforçar o movimento normal e assim diminuir a espasticidade. Outros aspetos importantes desta fase é a preparação do doente para ficar de pé e andar ensinando-lhe a realizar a ponte (na posição de decúbito dorsal o enfermeiro apoia os joelhos fletidos do doente, para que este eleve a pélvis formando uma ponte relativamente à cama).

Na fase de reabilitação deve dar-se continuidade à manutenção de uma posição neutra nos posicionamentos e nas mobilizações. Devem trabalhar-se as reações de equilíbrio e defesa em todas as posições terapêutica, tais como sentado, ajoelhado e em pé.

Na avaliação inicial é fundamental a observação de movimentos uni e bilaterais, avaliar transferências de peso bilateralmente, despiste de rigidez nos movimentos, avaliação do tônus muscular, equilíbrio, postura, sensação e percepção (Hafsteinsdóttir, 1996). O EEER deve realizar uma avaliação das necessidades terapêuticas de autocuidado, de modo a adequar a implementação de intervenções totalmente compensatórias, parcialmente compensatórias ou de suporte e educativas com objetivo de otimizar a capacidade das pessoas para gerir o processo de doença. (Yu, et al., 2011). Esta avaliação das necessidades terapêuticas de autocuidado irá determinar as funções do EEER (agente de autocuidado terapêutico), qual o papel da pessoa com AVC (agente de autocuidado) e do seus conviventes significativos (agente de cuidados dependente). Os conviventes significativos devem ser considerados aliados no cuidar, afinal eles poderão vir a desempenhar o papel de agente de cuidados dependentes, pelo que considero de

extrema importância o ensino de quais os padrões de espasticidade que normalmente se instalam e como devem ser contrariados.

Os posicionamentos do doente na cama, os exercícios de mobilização, o levantar e a marcha devem contrariar o padrão espástico, que se “instala de forma inevitável se não forem asseguradas as posições inibitórias da espasticidade” (Direcção-Geral da saúde, 2010 p. 100). Assim, as intervenções do EEER que previnem a espasticidade são: posicionamentos na cama e levantar para cadeira numa posição que contrarie o padrão antiespástico, exercícios passivos e ativos assistidos do lado mais afetado, exercícios ativos do lado menos afetado, exercícios de treino de equilíbrio e postura, treino de marcha, ensino sobre automobilizações (Davies, 1996; Menoita, 2012; Bobath, 1990; Seneviratne & Reimer, 2004). Smania, et al. (2010) salienta a importância dos exercícios de alongamento muscular na prevenção e tratamento da espasticidade e refere que estes exercícios podem ser executados de várias formas: mobilizações passivas, ativas e técnicas de posicionamento prolongado.

Um estudo Inglês realizado com uma amostra de 424 fisioterapeutas, demonstra a importância que se atribui ao posicionamento como medida preventiva e redutora da espasticidade, pois cerca de 94% dos inquiridos identificaram a normalização do tônus muscular como o principal objetivo dos posicionamentos terapêuticos (Chatterton, Pomeroy, & Gratton, 2001). O posicionamento antiespástico na fase aguda pode reduzir o desenvolvimento considerável da espasticidade (Davies, 1996). Entende-se por posicionamento antiespástico aquele que contraria a postura de Wernicke-Mann. Os posicionamentos antiespásticos na cama são apenas três, o decúbito dorsal (aquele que favorece mais a espasticidade), o decúbito lateral para o lado afetado (é o preferencial, não agrava o padrão espástico) e o decúbito lateral para o lado menos afetado. Nos posicionamentos terapêuticos anteriormente referidos o enfermeiro deverá dar especial atenção ao lado afetado mantendo-o numa postura neutra ou contrariando o padrão espástico. Deste modo, os princípios básicos para o adequado posicionamento são: manter o alinhamento da cabeça com o corpo e se possível inclinar a cabeça para o lado menos afetado, com rotação para o lado afetado; manter a articulação escapulo-umeral em rotação externa e abdução;

com extensão do cotovelo, punho, o antebraço deverá permanecer em supinação e os dedos em extensão e abdução, o tronco deverá ficar em extensão com bacia posterior da bacia; rotação interna e flexão da coxa, joelho e tornozelo (Bobath, 1990; Davies, 1996; Menoita, 2012; Borgman & Passarella, 1991; Seneviratne & Reimer, 2004). De modo a manter estes princípios a escolha das almofadas adequadas é fundamental. Um incorreto posicionamento na cama, particularmente nas fases iniciais após o AVC é uma das principais causas de espasticidade desnecessária (Barnes, 1998).

Como já foi referido anteriormente, é imperativo manter o adequado posicionamento em todas as AVD ou atividades, pelo que a seguir descrevo os passos para a realização de algumas dessas atividades.

O movimento de rolar ou de se virar na cama deve ser ensinado para promover o movimento bilateral independente. O ensino do movimento deve iniciar-se juntando as mãos da pessoa à sua frente, em seguida, levantar a cabeça e os ombros para fora da cama e olhar na direção do movimento, os joelhos devem ser fletidos e o enfermeiro deve apoiar os joelhos e as costas do doente fazendo com que role para mais próximo de si. Após o movimento completo, o ombro (do lado que fica junto à cama) deve ser colocado em protusão, puxado à frente e em rotação externa o antebraço fica em posição de supina. Deve colocar-se um apoio nas costas, a bacia é posicionada em bacia posterior incentivando assim a colocação natural da perna de cima para a frente com o joelho e tornozelo fletidos e apoiados numa almofada (Seneviratne & Reimer, 2004).

As transferências iniciam-se com o doente sentado na margem da cama, ligeiramente inclinado para a frente, com os dois pés apoiados no chão e as mãos entrelaçadas. Para garantir uma transferência segura, o enfermeiro coloca os joelhos do doente entre os seus e as suas mãos na cintura do doente. Seguidamente, com um movimento para trás, o enfermeiro auxilia o doente a levantar as nádegas e roda os pés 90 graus em direção à segunda superfície para que se sente na posição vertical (Seneviratne & Reimer, 2004).

Ao ajustar a posição sentado após a transferência para uma cadeira ou cadeira de rodas, acontece frequentemente verificar-se uma curvatura na região lombar levando a uma postura desadequada. A técnica para corrigir esta postura anormal passa por: com os pés do doente no chão e com o enfermeiro em pé do lado afetado, o doente inclina-se para frente e o enfermeiro move o quadril do doente para trás. Esta técnica reduz o risco de causar subluxação do ombro e o esforço utilizado pelo enfermeiro é diminuído pois assenta no princípio da transferência de peso do pé da frente para o pé de trás, criando um movimento de alavancagem.

De acordo com a abordagem NDT, o EEER ao ensinar e treinar AVD deve incentivar o uso dos dois hemicorpos, assim, o doente é auxiliado pelo enfermeiro que realiza o movimento adequado no lado mais afetado; este princípio evita que os membros hemiplégicos sejam negligenciados e fisicamente promove o movimento desse membro (Seneviratne & Reimer, 2004; Hafsteinsdóttir, 1996). Seneviratne & Reimer (2004) acrescentam ainda que EEER deve guiar o movimento do doente, de forma a reduzir o esforço excessivo, que é apontado como uma das principais causas de espasticidade.

Segundo Menoita (2012), citando Jonhstone (1987), as mobilizações são exercícios muito importantes perante a pessoa com AVC, e um dos seus objetivos é inibir ou prevenir a espasticidade. As mobilizações passivas devem ser iniciadas logo que o doente estabilize do ponto de vista hemodinâmico. A mobilização antiespástica da pessoa com AVC baseia-se em exercícios isotónicos (Menoita, 2012) que devem ser realizados lentamente a um ritmo constante, pois a espasticidade é evidenciada pelo grau de excitabilidade do fuso muscular. Exercícios realizados com movimentos rápidos poderão induzir hipertonia espástica. Devem ser mobilizadas todas as articulações, mantendo sempre o posicionamento antiespástico e dando ênfase no movimento que o contraria. Segundo a Direcção-Geral da Saúde (2010) a intervenção na mobilidade deve iniciar-se nas primeiras 24 horas pós AVC, e o enfermeiro deve proceder à mobilização passiva dos membros afetados no mínimo 3 vezes por dia.

**Apêndice 6 – Modelo de avaliação de enfermagem de reabilitação à luz de
Dorothea Orem**

Este modelo de avaliação inicial de enfermagem, foi elaborado ao longo do EC, pelo que não foi (nem é) um documento estante, tendo sofrido várias alterações.

Tabela 9 - folha de avaliação de enfermagem de reabilitação á luz da teoria do défice de autocuidado de enfermagem

| FATORES CONDICIONANTES BÁSICOS | | | | | | | | | |
|---|--|---------|------|--------------|------------------------------|----------|--------|--------|--------|
| Nome | | | | | Nome como deseja ser tratado | | | | |
| Idade | | Género | | Estado Civil | | Religião | | | |
| Língua | | | Raça | | Condições socioeconómicas | | | | |
| Escolaridade | | | | Profissão | | | | | |
| Condições ambientais e habitacionais | | | | | | | | | |
| Agregado Familiar | | | | | | | | | |
| Pessoas Significativas | | | | | | | | | |
| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIOS DE SAÚDE | | | | | | | | | |
| Data de Internamento | | | | | | Alergias | | | |
| Diagnóstico de internamento | | | | | | | | | |
| História clínica | | | | | | | | | |
| Historia clinica pregressa | | | | | | | | | |
| História de familiar de doenças | | | | | | | | | |
| Medicação habitual | | | | | | PAlm | Almoço | Jantar | Deitar |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Conhecimento e expetativas sobre a condição de doença | | Utente | | | | | | | |
| | | Família | | | | | | | |

| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESENVOLVIMENTO | |
|---|--|
| Grandes mudanças na vida | |
| Como o doente os enfrenta novos desvios do crescimento e desenvolvimento, quem ou o que o apoia | |
| Novos requisitos da sua condição de doença | |

| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|--|------|---|--|-----------|--|---------------------|-----------------|-----------|------|------|--|----------------------|---|----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|-----------|--|------|--|--------|--|-----------|--|------|--|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Manutenção de uma quantidade suficiente de ar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tosse | <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente | | Expetoração | <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente | | Dispneia | <input type="checkbox"/> Repouso <input type="checkbox"/> Esforço <input type="checkbox"/> Ortopneia <input type="checkbox"/> Paroxística <input type="checkbox"/> Noturna <input type="checkbox"/> Platipneia <input type="checkbox"/> Trepopneia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Seca | | | <input type="checkbox"/> Serosa <input type="checkbox"/> Mucosa <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Hemoptoica <input type="checkbox"/> Hemoptise | | | Escala numérica ____/10 Escala Borg Modificada ____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Ineficaz | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Características da respiração | | | Frequência | ____ cr/min | | Ritmo | <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Cheyne-Stokes <input type="checkbox"/> Kussmaul <input type="checkbox"/> Biot | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Padrão | <input type="checkbox"/> Costal <input type="checkbox"/> Diafragmática <input type="checkbox"/> Mista <input type="checkbox"/> Paradoxal | | | | Amplitude | <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Profunda | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Simetria | <input type="checkbox"/> Simétrico <input type="checkbox"/> Assimétrico | | SpO2 | ____% sem O2 ____% com O2 ____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Palpação do Tórax | | | Ântero-superior - <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuído Ântero-inferior - <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuído | | | | | | Pósterio-superior - <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuído Pósterio-inferior - <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuído | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Palpação Traqueia | | | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Desvio dta <input type="checkbox"/> Desvio esq | | | Vibrações Vocais | | | <input type="checkbox"/> Som claro Pulmonar <input type="checkbox"/> Hipe ressonante <input type="checkbox"/> Maciço | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="4">Auscultação pulmonar</th> <th rowspan="4">Ant - Anterior Post - Posterior P - Presente D - Diminuído</th> <th colspan="8">Pulmão direito</th> <th rowspan="4">Traqueia</th> <th colspan="8">Pulmão esquerdo</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Ápices</th> <th colspan="2">1/3 Médio</th> <th colspan="2">Base</th> <th colspan="2">Ápices</th> <th colspan="2">1/3 médio</th> <th colspan="2">Base</th> </tr> <tr> <th>Ant</th> <th>Post</th> <th>Ant</th> <th>Post</th> <th>Ant</th> <th>Post</th> <th>Ant</th> <th>Post</th> <th>Ant</th> <th>Post</th> <th>Ant</th> <th>Post</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Roncos</td> <td>P</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>A</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Sibilos</td> <td>P</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>A</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Fervores</td> <td>P</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>A</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Atrito Pleural</td> <td>P</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>A</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Murmúrio Vesicular</td> <td>P</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>A</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | Auscultação pulmonar | Ant - Anterior Post - Posterior P - Presente D - Diminuído | Pulmão direito | | | | | | | | Traqueia | Pulmão esquerdo | | | | | | | | Ápices | | 1/3 Médio | | Base | | Ápices | | 1/3 médio | | Base | | Ant | Post | Ant | Post | Ant | Post | Ant | Post | Ant | Post | Ant | Post | | | | | | | | | | | | | Roncos | P | | | | | | | | | | | | | | | A | | | | | | | | | | | | | | | Sibilos | P | | | | | | | | | | | | | | | A | | | | | | | | | | | | | | | Fervores | P | | | | | | | | | | | | | | | A | | | | | | | | | | | | | | | Atrito Pleural | P | | | | | | | | | | | | | | | A | | | | | | | | | | | | | | | Murmúrio Vesicular | P | | | | | | | | | | | | | | | D | | | | | | | | | | | | | | | A | | | | | | | | | | | | | | |
| Auscultação pulmonar | Ant - Anterior Post - Posterior P - Presente D - Diminuído | Pulmão direito | | | | | | | | Traqueia | Pulmão esquerdo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Ápices | | 1/3 Médio | | Base | | Ápices | | | 1/3 médio | | Base | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Ant | Post | Ant | Post | Ant | Post | Ant | Post | | Ant | Post | Ant | Post | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Roncos | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sibilos | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fervores | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atrito Pleural | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Murmúrio Vesicular | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Toracalgia | | <input type="checkbox"/> Localizada <input type="checkbox"/> Irradiada <input type="checkbox"/> Reflexa | | | | Intensidade | ____/10 | | Tipo dor | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Coloração pele e mucosas | | | <input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Cianose periférica <input type="checkbox"/> Cianose central | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hipocratismo digital | | <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente | | Tipos de tórax | | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Escavado <input type="checkbox"/> Quilha de navio <input type="checkbox"/> Sino | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fatores de risco respiratórios | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TA ____/____ mmHg | | P ____ p/min <input type="checkbox"/> Rítmico <input type="checkbox"/> Disrítmico <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme | | | | | | | | | | T ____ °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Radiografia do Tórax | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gasometria Arterial | | ____/____/____ <input type="checkbox"/> Oxigénio a ____ l/min <input type="checkbox"/> Ar ambiente | | | | PaO2 ____ mmHg (80-100) | | | | pH ____ (7,35-7,45) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | PaCO2 ____ mmHg (35-45) | | | | SO2 ____ % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | HCO3- ____ mEq/L (22-26) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Conhecimentos e expetativas | | Utente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Agente de cuidados dependente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|
| Manutenção da ingestão suficiente de água e alimentos | | | | | |
| Hábitos alimentares e hidratação | Nº de refeições/dia | | Quantidade de líquidos/dia | | |
| | Restrições alimentares | | Tipo de líquidos/preferências | | |
| | Alimentos que não gosta | | | | |
| | Preferências alimentares | | | | |
| Método de alimentação | <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Parentérica <input type="checkbox"/> Gastrostomia percutânea | Disfagia | <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente | <input type="checkbox"/> Dificuldade em mastigar <input type="checkbox"/> Incapacidade de deglutir líquidos <input type="checkbox"/> Incapacidade de deglutir sólidos | |
| Dentição | <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta | Prótese dentária | <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Inferior | | |
| Lesões na cavidade oral | <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente | | | | |
| Alterações na salivação | <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente | | | | |
| Estado nutricional | Peso- ____ Kg | Altura - ____ cm | IMC - ____ | <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Obeso | |
| Gugging Swallowing Screen (GUSS) | | | | | |
| 1. Investigação Preliminar/ Avaliação indireta da deglutição | | | | | |
| | | | Sim | Não | |
| Vigília (doente alerta por mais de 15 minutos) | | | (1) | (0) | |
| Tosse voluntária (doente deve tossir duas vezes) | | | (1) | (0) | |
| Deglutição saliva | Deglutição com sucesso | | (1) | (0) | |
| | Sialorreia | | (0) | (1) | |
| | Alteração de voz (rouquidão, gargarejar, hipofonia) | | (0) | (1) | |
| Subtotal | | | (max 5) | | |
| | | | - 1-4 – Parar / 5 Contínua para parte 2 | | |
| 2.Avaliação Direta da deglutição | | 1º | 2º | 3º | |
| | | Pastoso * | Líquido** | Sólido** | |
| Deglutição | Deglutição não é possível | (0) | (0) | (0) | |
| | Deglutição lentificada (tempo superior a 2 seg, sólido 10 seg) | (1) | (1) | (1) | |
| | Deglutição com sucesso | (2) | (2) | (2) | |
| Tosse involuntária (antes, durante, ou depois da deglutição, até 3 min depois) | Sim | (0) | (0) | (0) | |
| | Não | (1) | (1) | (1) | |
| Sialorreia | Sim | (0) | (0) | (0) | |
| | Não | (1) | (1) | (1) | |
| Alteração de voz (doente deve dizer "o") | Sim | (0) | (0) | (0) | |
| | Não | (1) | (1) | (1) | |
| Subtotal | | (5) | (5) | (5) | |
| | | 1-4 – Interrompe a avaliação 5 – Contínua com líquidos | 1-4 – Interrompe a avaliação 5 – Contínua com sólidos | 1-4 – Interrompe a avaliação 5 – Normal | |
| Total (avaliação indireta e direta) | | (20) | | | |
| <p>* Primeiro administrar até meia colher de chá de água bidestilada com espessante (consistência tipo pudim), se não existirem sintomas aplicar 3-5 colheres de chá. Avalia depois da 5ª colherada.</p> <p>** 3,5,10,20ml de água bidestilada se não existirem sintomas, continua com 50ml de água bidestilada. Avalia e para a observação quando um dos critérios for observado</p> <p>*** Mastigar e deglutir pão seco</p> | | | | | |

| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS | | |
|---|-------------------------------|--|
| Manutenção da ingestão suficiente de água e alimentos | | |
| Conhecimentos e expectativas | Utente | |
| | Agente de cuidados dependente | |
| ECD | | |

Por uma questão de organização deste documento, a avaliação dos nervos pares cranianos com influência neste requisito de autocuidado universal encontra-se no requisito: promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal.

| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS | | | |
|--|---|---------------------------------------|---|
| Provisão de cuidados associados a processos de eliminação e excreção | | | |
| Eliminação urinária | | | |
| Hábitos de eliminação vesical | | Dispositivos urinários/ostomias | |
| Sintomas urinários | <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Algúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Polaquiúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Tenesmo <input type="checkbox"/> Enurese <input type="checkbox"/> Nictúria <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Gotejamento inicial ou terminal <input type="checkbox"/> Piúria | | |
| Perturbações do controlo miccional | <input type="checkbox"/> Retenção urinária sem perdas de urina <input type="checkbox"/> Incontinência de esforço <input type="checkbox"/> Retenção urinária com perdas de urina por refluxo <input type="checkbox"/> Incontinência de urgência <input type="checkbox"/> Disfunção vesico-esfincteriana neurogénica reflexa <input type="checkbox"/> Incontinência funcional <input type="checkbox"/> Disfunção vesico-esfincteriana neurogénica autónoma | | |
| Avaliação da Incontinência | Início/duração | | |
| | Fatores precipitantes | | |
| | Quantidade de perdas | | |
| | Consegue interromper a micção | | |
| | Como gere a incontinência | | |
| | Impacto na sua vida diária | | |
| | Sensação de plenitude vesical | | |
| | Mobilidade/coordenação motora | | |
| | Observação/palpação abdominal | | |
| | Condições da pele do períneo | | |
| | Presença de edemas | | |
| | Doenças associadas e medicação habitual | | |
| Conhecimentos e expetativas | Utente | | |
| | Agente de cuidados dependente | | |
| Eliminação intestinal | | | |
| Rotinas intestinais (hora e dia) | | Padrão | <input type="checkbox"/> Obstipação <input type="checkbox"/> Padrão Normal <input type="checkbox"/> Diarreia |
| Última defeção | | Características | <input type="checkbox"/> Duras <input type="checkbox"/> Moldadas <input type="checkbox"/> Pastosas <input type="checkbox"/> Líquidas |
| Perturbações anteriores | | Perturbações da eliminação intestinal | <input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Incontinência Neurogénica Autónoma <input type="checkbox"/> Incontinência Neurogénica Reflexa <input type="checkbox"/> Incontinência Neurogénica Desinibida |
| Hábitos para estimular a defecação | | | |
| Conhecimentos e expetativas | Utente | | |
| | Agente de cuidados dependente | | |

| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS | | |
|--|------------------|--|
| Provisão de cuidados associados a processos de eliminação e excreção | | |
| Cuidados de higiene pessoal e banho | | |
| Hábitos de higiene pessoais e banho | | |
| Utilização de produtos de apoio | | |
| Higiene | Higiene oral | |
| | Higiene facial | |
| | Pentear | |
| | Barbear | |
| | Maquilhar | |
| | Banho | |
| Vestuário ½ Superior | Camisola | |
| | Camisa / Casacos | |
| | Soutien | |
| Vestuário ½ Inferior | Calças | |
| | Meias Elásticas | |
| Calçado | Meias | |
| | Sapatos | |
| Outros | Dar o laço | |
| | Fechos | |
| | Botões | |
| Alterações à integridade cutânea | | |

| | | |
|---|-------------------------------|--|
| Conhecimentos e expectativas sobre os cuidados de higiene pessoal, banho, vestir e despir | Utente | |
| | Agente de cuidados dependente | |

| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS | | | |
|--|---|--|--|
| Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso | | | |
| Auto-cuidados | A - Alimentação | | Níveis |
| | B - Higiene Pessoal | | Independência |
| | C - Banho | | 7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal) |
| | D - Vestir metade superior | | 6 – Independência modificada (ajuda técnica) |
| | E - Vestir metade inferior | | Dependência modificada |
| | F - Utilização da sanita | | 5 – Supervisão |
| Controlo dos Esfíncteres | G - Bexiga | | 4 – Ajuda mínima (Indivíduo participa em ≥75%) |
| | H - Intestino | | 3 – Ajuda Moderada (Indivíduo participa em ≥50%) |
| Mobilidade | I - Transferência cama, cadeira, Cadeira de rodas | | Dependência Completa |
| | J - Sanita | | 2 – Ajuda Máxima (Indivíduo participa em ≥25%) |
| | K - Banheira, Duche | | 1 – Ajuda total (Indivíduo participa em ≤25%) |
| Locomoção | L - Marcha / Cadeira de rodas (M/C) | | |
| | M - Escadas | | |
| Comunicação | N - Compreensão (A/V) | | |
| | O - Expressão (V/N) | | |
| Cognição Social | P - Interação social | | |
| | Q - Resolução de problemas | | |
| | R - Memória | | |

| | | | | | |
|-----------------------|---|-------------|--|----------------------------------|--------|
| Dor | <input type="checkbox"/> Sim | Localização | | Intensidade (escala numérica) | ___/10 |
| | <input type="checkbox"/> Não | | | | |
| | Fatores que aliviam | | | | |
| Fatores precipitantes | | | | | |
| Sono | Padrão de sono | ___ h/dia | Hora a que habitualmente se deita | ___ h ___ min | |
| | <input type="checkbox"/> Insónia inicial <input type="checkbox"/> Insónia termina <input type="checkbox"/> Sono não reparador | | | | |
| | Medicação habitual | | | | |

Avaliação da força muscular - Escala de Lower

| | Flexão | Extensão | Flexão lateral direita | Flexão lateral esquerda | Rotação para direita | Rotação para esquerda | | | | |
|-------------------------|--------|----------|------------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------|--|--|--|--|
| CABEÇA E PESCOÇO | | | | | | | | | | |

| MEMBRO SUPERIOR DIREITO | Flexão | Extensão | Adução | Abdução | Rotação Interna Pronação | Rotação Externa Supinação | Desvio radial | Desvio cubital | Oponência elevação |
|-------------------------|--------|----------|--------|---------|--------------------------|---------------------------|---------------|----------------|--------------------|
| Escapulo Umeral | | | | | | | | | |
| Cotovelo | | | | | | | | | |
| Antebraço | | | | | | | | | |
| Punho | | | | | | | | | |
| Dedos | | | | | | | | | |
| Polegar | | | | | | | | | |

| MEMBRO SUPERIOR ESQUERD | Flexão | Extensão | Adução | Abdução | Rotação Interna Pronação | Rotação Externa Supinação | Desvio radial | Desvio cubital | Oponência elevação |
|-------------------------|--------|----------|--------|---------|--------------------------|---------------------------|---------------|----------------|--------------------|
| Escapulo Umeral | | | | | | | | | |
| Cotovelo | | | | | | | | | |
| Antebraço | | | | | | | | | |
| Punho | | | | | | | | | |
| Dedos | | | | | | | | | |
| Polegar | | | | | | | | | |

| MEMBRO INFERIOR DIREITO | Flexão Básula anterior | Extensão Básula posterior | Adução | Abdução | Rotação Interna Inversão | Rotação Externa Eversão |
|-------------------------|------------------------|---------------------------|--------|---------|--------------------------|-------------------------|
| Coxo-fémural | | | | | | |
| Joelho | | | | | | |
| Tibio-tarsica | | | | | | |
| Dedos | | | | | | |

| MEMBRO INFERIOR ESQUERD | Flexão Básula anterior | Extensão Básula posterior | Adução | Abdução | Rotação Interna Inversão | Rotação Externa Eversão |
|-------------------------|------------------------|---------------------------|--------|---------|--------------------------|-------------------------|
| Coxo-fémural | | | | | | |
| Joelho | | | | | | |
| Tibio-tarsica | | | | | | |
| Dedos | | | | | | |

Avaliação da espasticidade - Escala de Ashworth modificada

| | Flexão | Extensão | Flexão lateral direita | Flexão lateral esquerda | Rotação para direita | Rotação para esquerda |
|-------------------------|--------|----------|------------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------|
| CABEÇA E PESCOÇO | | | | | | |

| MEMBRO SUPERIOR DIREITO | Flexão | Extensão | Adução | Abdução | Rotação Interna Pronação | Rotação Externa Supinação | Desvio radial | Desvio cubital | Oponência elevação |
|-------------------------|--------|----------|--------|---------|--------------------------|---------------------------|---------------|----------------|--------------------|
| Escapulo Umeral | | | | | | | | | |
| Cotovelo | | | | | | | | | |
| Antebraço | | | | | | | | | |
| Punho | | | | | | | | | |
| Dedos | | | | | | | | | |
| Polegar | | | | | | | | | |

| MEMBRO SUPERIOR ESQUERD | Flexão | Extensão | Adução | Abdução | Rotação Interna Pronação | Rotação Externa Supinação | Desvio radial | Desvio cubital | Oponência elevação |
|-------------------------|--------|----------|--------|---------|--------------------------|---------------------------|---------------|----------------|--------------------|
| Escapulo Umeral | | | | | | | | | |
| Cotovelo | | | | | | | | | |
| Antebraço | | | | | | | | | |
| Punho | | | | | | | | | |
| Dedos | | | | | | | | | |
| Polegar | | | | | | | | | |

| MEMBRO INFERIOR DIREITO | Flexão Bâscula anterior | Extensão Bâscula posterior | Adução | Abdução | Rotação Interna Inversão | Rotação Externa Eversão |
|-------------------------|-------------------------|----------------------------|--------|---------|--------------------------|-------------------------|
| Coxo-fémural | | | | | | |
| Joelho | | | | | | |
| Tibio-tarsica | | | | | | |
| Dedos | | | | | | |

| MEMBRO INFERIOR ESQUERD | Flexão Bâscula anterior | Extensão Bâscula posterior | Adução | Abdução | Rotação Interna Inversão | Rotação Externa Eversão |
|-------------------------|-------------------------|----------------------------|--------|---------|--------------------------|-------------------------|
| Coxo-fémural | | | | | | |
| Joelho | | | | | | |
| Tibio-tarsica | | | | | | |
| Dedos | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|----------|---|---------------------|-------------------|--------------------|
| Coordenação Motora (Simetria/ritmo/ alternância rapidez/olhos fechados e abertos) | Prova dedo-nariz | Direita | <input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Dismetria <input type="checkbox"/> Hipermetria <input type="checkbox"/> Hipometria <input type="checkbox"/> Descoordenação sensitiva | | | |
| | | Esquerda | <input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Dismetria <input type="checkbox"/> Hipermetria <input type="checkbox"/> Hipometria <input type="checkbox"/> Descoordenação sensitiva | | | |
| | Prova de indicação Barany | Direita | <input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Dismetria <input type="checkbox"/> Descoordenação sensitiva | | | |
| | | Esquerda | <input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Dismetria <input type="checkbox"/> Descoordenação sensitiva | | | |
| | Diadococinésia | Direita | <input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> disdiadocinésia | | | |
| | | Esquerda | <input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> disdiadocinésia | | | |
| | Prova calcanhar joelho | Direita | <input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Dismetria <input type="checkbox"/> Hipermetria <input type="checkbox"/> Hipometria | | | |
| | | Esquerda | <input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Dismetria <input type="checkbox"/> Hipermetria <input type="checkbox"/> Hipometria | | | |
| Capacidades práticas | Gestos simbólicos (sina da cruz) | | | | | |
| | Gestos icónicos (levar copo à boca) | | | | | |
| | Gestos intransitivos (dizer adeus) | | | | | |
| Marcha | <input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Utilização de produtos de Apoio <input type="checkbox"/> Disbasia Qual: <input type="checkbox"/> Marcha hemiparética <input type="checkbox"/> Atáxica | | | | | |
| | | | Eficaz | Pouco Eficaz | Não Eficaz | Observações |
| Equilíbrio | Sentado | Estático | | | | |
| | | Dinâmico | | | | |
| | Em pé | Estático | | | | |
| | | Dinâmico | | | | |
| Transferências | Cama/Cadeira | | | | | |
| | Cadeira/Sanita | | | | | |
| | Banheira Duche | | | | | |
| | Desníveis | | | | | |
| Atividades na cama | Arrastar | | | | | |
| | Virar | | | | | |
| | Deitar | | | | | |
| | Sentar | | | | | |
| Conhecimentos e expectativas sobre o equilíbrio entre atividade e repouso | Utente | | | | | |
| | Agente de cuidados dependente | | | | | |

| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS | | |
|---|-------------------------------|--|
| Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social | | |
| Alteração dos papéis que desempenha | | |
| Isolamento Social e atividades lúdicas habituais | | |
| Periodicidade de visitas enquanto está internado | | |
| Alterações sexuais | | |
| Outras alterações | | |
| Conhecimentos e expetativas sobre o equilíbrio entre solidão e interação social | Utente | |
| | Agente de cuidados dependente | |

| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------|--|
| Prevenção de Perigos | | | |
| Estado de Consciência | <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Vigília <input type="checkbox"/> Letárgico ou Sonolento <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Obnubilado <input type="checkbox"/> Estuporoso <input type="checkbox"/> Coma | | Escala de Glasgow |
| Estado de Orientação | <input type="checkbox"/> Orientado autopsiquicamente <input type="checkbox"/> Orientado halopsiquicamente <input type="checkbox"/> Desorientado autopsiquicamente <input type="checkbox"/> Desorientado halopsiquicamente | | |
| Estado de Atenção | Vigilância | | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hipervigil <input type="checkbox"/> Hipovigil |
| | Tenacidade (exemplo de bater na mesa sempre que ouvir a letra A) | | |
| | Concentração (subtração sucessiva de 7 ao nº100) | | <input type="checkbox"/> Hipoprosexia |
| Memória | Sensorial (0.5s) | | <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente |
| | Imediata (15 a 20s) | | <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente |
| | Recente | Curto prazo (5 a 10min) | <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente |
| | | Longo prazo (> 30min) | <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente |
| | Remota | | <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente |

| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|----|-------|------|------|---------|-------|------|------------|-------|---------|--------|
| Prevenção de Perigos | | | | | | | | | | | | |
| Sensibilidade superficial | | Pé | Perna | Coxa | Anca | Abdómen | Tórax | Mãos | Ante braço | Braço | Pescoço | Cabeça |
| | Tátil | | | | | | | | | | | |
| | Térmica | | | | | | | | | | | |
| | Dolorosa | | | | | | | | | | | |
| Sensibilidade profunda | Sentido de pressão ou barestesia | | | | | | | | | | | |
| | Sensibilidade vibratória ou palestesia | | | | | | | | | | | |
| | Sensibilidade postural | | | | | | | | | | | |
| | Sentido esteriognósio | | | | | | | | | | | |
| M-mantida D-diminuída A-ausente | | | | | | | | | | | | |

| Negligencia hemiespacial unilateral (lesão no hemisfério dto) | Prova de barragem | |
|--|-----------------------------|--|
| | Prova de desenho espontâneo | |

| ESCALA DE QUEDAS DE MORSE | | | |
|--|--|---|----|
| Antecedentes de queda (anterior ou nos últimos três meses) | | Não | 0 |
| | | Sim | 25 |
| Diagnóstico secundário | | Não | 0 |
| | | Sim | 15 |
| Ajuda na mobilização | | Acamado/Repouso no leito/cadeira de Rodas | 0 |
| | | Bengala/Andarilho/Canadiana | 15 |
| | | Aparelho/Equipamento | 30 |
| Terapia endovenosa | | Não | 0 |
| | | Sim | 20 |
| Marcha | | Normal/Acamado/Cadeira de Rodas | 0 |
| | | Lenta | 10 |
| | | Alterada/Cambaleante | 20 |
| Estado mental | | Orientado | 0 |
| | | Desorientado/Confuso | 15 |
| TOTAL | | | |

| ESCALA DE BRADEN | | |
|----------------------------------|--|--|
| Perceção Sensorial | 1 - Completamente limitada 2 - Muito limitada 3 - Ligeiramente limitada 4 - Nenhuma limitação | |
| Humidade | 1 - Pele constantemente húmida 2 - Pele muito húmida 3 - Pele ocasionalmente húmida 4 - Pele raramente húmida | |
| Atividade | 1 - Acamado 2 - Sentado 3 - Anda ocasionalmente 4 - Anda frequentemente | |
| Mobilidade | 1 - Completamente imobilizado 2 - Muito limitada 3 - Ligeiramente limitada 4 - Nenhuma limitação | |
| Nutrição | 1 - Muito Pobre 2 - Provavelmente inadequada 3 - Adequada 4 - Excelente | |
| Fricção e forças de deslizamento | 1 - Problema 2 - Problema potencial 3 - Nenhum Problema | |
| TOTAL | | |

| | | |
|--|-------------------------------|--|
| Conhecimento e expectativas sobre prevenção de perigos | Utente | |
| | Agente de cuidados dependente | |

| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal | | | | |
| Discurso espontâneo | | | | |
| Compreensão | | | | |
| Nomeação | | | | |
| Repetição | | | | |
| Leitura | | | | |

| TIPOS DE AFASIA | FLUÊNCIA | COMPREENSÃO | NOMEAÇÃO | REPETIÇÃO |
|--|--|--|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Não fluente <input type="checkbox"/> Fluente | <input type="checkbox"/> Perturbada <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Perturbada <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Perturbada <input type="checkbox"/> Normal |
| <input type="checkbox"/> Global | Não fluente | Perturbada | Perturbada | Perturbada |
| <input type="checkbox"/> Broca | Não fluente | Normal | Perturbada | Perturbada |
| <input type="checkbox"/> Transcortical mista | Não fluente | Perturbada | Perturbada | Normal |
| <input type="checkbox"/> Transcortical motora | Não fluente | Normal | Perturbada | Normal |
| <input type="checkbox"/> Wernicke | Fluente | Perturbada | Perturbada | Perturbada |
| <input type="checkbox"/> Condução | Fluente | Normal | Perturbada | Perturbada |
| <input type="checkbox"/> Transcortical sensorial | Fluente | Perturbada | Perturbada | Normal |
| <input type="checkbox"/> Anômica | Fluente | Normal | Perturbada | Normal |

| | | | | |
|--|--|------------------------------------|--|---------------------------------|
| Linguagem elaborada | | | | |
| Escrita | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sem alterações da linguagem | | <input type="checkbox"/> Disartria | | <input type="checkbox"/> Afasia |

| Avaliação dos nervos pares cranianos | | |
|--------------------------------------|--|---|
| I - Olfativo | <input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Anosmia <input type="checkbox"/> Hiposmia <input type="checkbox"/> Alterado Unilateralmente | |
| II- Ótico | Acuidade visual | <input type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Ambliopia <input type="checkbox"/> Amaurose <input type="checkbox"/> Cegueira |
| | Campos visuais | <input type="checkbox"/> Mantidos <input type="checkbox"/> Hemianopsia esq/dta <input type="checkbox"/> Quadrantopsia |
| III - Motor ocular comum | <input type="checkbox"/> Pupilas reativas à luz <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Discorria/ | |
| IV -Patético | <input type="checkbox"/> Isocórica <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Nistagmo | |
| V Trigêmeo | Movimentos de mastigação e cerrar os dentes Movimentos do maxilar inferior para ambos os lados Sensibilidade superficial da face (frontal/malar/maxilar inferior) | |
| VI - Motor ocular externo | <input type="checkbox"/> Ausente Ptose palpebral <input type="checkbox"/> Presente Ptose palpebral | |
| VII Facial | Simetria facial Presença de tiques faciais Sorrir / Elevar Sobrancelhas / Franzir a testa / Soprar / Assobiar Reconhecimento de sabores 2/3 anteriores da língua (doce/salgado/amargo) Hiperacusia Dificuldade em manter alimentos/líquidos no lado afetado | |
| VIII -Estató-acústico | Acuidade auditiva | Teste de Rinne |
| | | Teste de weber |

| | | | |
|----------------------------------|---|--|--|
| | Equilíbrio | Estático | |
| | | Dinâmico | |
| IX Glossofaríngeo | Reconhecimento de sabores doce e salgado (1/3 posterior da língua) | | |
| X Pneumogástrico | Reflexo do vômito Alteração do tom de voz Rouquidão/Fadiga vocal Eficácia da tosse Elevação do palato mole e úvula ("dizer aahh") | | |
| XI - Espinhal | Força muscular | ECM | |
| | | Trapézio | |
| | Paresia dolorosa | <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Presente | |
| XI Espinhal | Rotação da cabeça (lesão contra lateral) Inclinação da cabeça Paresia dolorosa Elevação dos Ombros (lesão homolateral) | | |
| XII Grande Hipoglosso | Simetria da língua Movimentos da língua no in/exterior da cavidade oral Desvio da Úvula Acumulação de saliva na fossa piriforme | | |

| | |
|---|--|
| Alteração de autoestima e autoimagem | |
| Objetivos para o futuro | |
| Conhecimentos e expetativas do agente de cuidados dependente | |

Apêndice 7 – Teoria dos sistemas de Enfermagem – breve explicação

TEORIA DOS SISTEMAS DE ENFERMAGEM – BREVE EXPLICAÇÃO

O EEER ao prestar cuidados deve orientar as suas intervenções de acordo com as três classificações de sistemas de enfermagem propostas por Orem (1993, 2001) na teoria dos sistemas de enfermagem.

No sistema totalmente compensatório o enfermeiro deverá concretizar o autocuidado terapêutico à pessoa de forma a compensar a sua incapacidade total em executá-lo, apoiá-la e protegê-la permitindo a continuação da sua existência e/ou bem-estar.

Ao longo do processo de reabilitação pós AVC, a pessoa pode apresentar incapacidade de desenvolver ações de autocuidado (em maior ou menor grau), pelo que o EEER, ao adotar o sistema parcialmente compensatório, executa algumas tarefas de autocuidado para a

pessoa, compensando as suas limitações, assiste-a nas suas necessidades e regula a sua atividade de autocuidado. A definição de quem executa as ações de autocuidado depende: das limitações físicas reais, restrições prescritas, dos conhecimentos técnicos, científicos, das habilidades requeridas e da disponibilidade psicológica do doente para realizar ou aprender a realizar ações específicas.

Quando o doente é incapaz de executar atividades terapêuticas devido à falta de informação, mas já reúne condições que lhe conferem capacidade física para realizar determinado autocuidado, o papel do EEER é de orientação, ensino, suporte

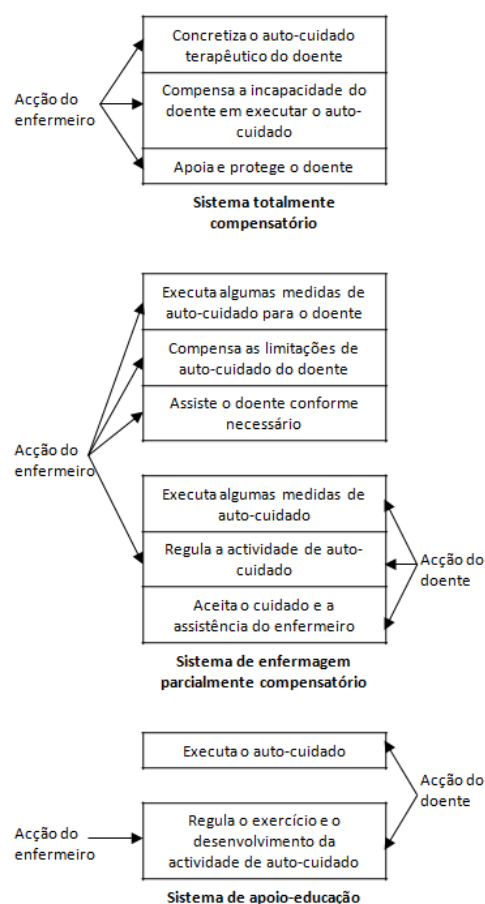


Figura 1 - Sistemas básicos de enfermagem (Taylor, 2002, p. 218)

e promoção de um ambiente favorável ao desenvolvimento humano (Orem, 1993, 2001). Ao longo do processo de reabilitação, que se inicia logo no momento do diagnóstico, o EEER deve orientar as suas intervenções promovendo ativamente a independência (pelo próprio ou pelo agente dependente de cuidados). Um ou mais dos três tipos de sistemas podem ser utilizados com um único doente durante a prestação de cuidados de enfermagem (Orem, 1993, 2001). Do mesmo modo o EEER utiliza um ou mais dos cinco métodos de ajuda já anteriormente referidos (Orem, 1993, 2001).

**Apêndice 8 – Planos de cuidados especializados de enfermagem de
reabilitação doente com AVC**



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

Ensino clínico

Plano de cuidados

Doente com AVC isquémico no hemisfério direito

Carlos Miguel Nunes Rodrigues

Orientado por:

Professora Vanda Marques Pinto

[Redacted signature]

Janeiro, 2013

ÍNDICE

1. Colheita de Dados
2. Registo do turno da manhã de dia 14/01/2013
3. Plano de cuidados de enfermagem de reabilitação

1. Colheita de Dados

| FATORES CONDICIONANTES BÁSICOS | | | | | | | 14/01/2013 |
|--------------------------------------|-----------|--------|--|--------------|------------------------------|----------|-------------|
| Nome | Helena | | | | Nome como deseja ser tratado | | Sra. Helena |
| Idade | 80 | Género | F | Estado Civil | Viúva | Religião | Católica |
| Língua | Português | | Raça | Caucasiana | Condições socioeconómicas | | |
| Escolaridade | | | | Profissão | | | |
| Condições ambientais e habitacionais | | | | | | | |
| Agregado Familiar | | | Vive com a filha | | | | |
| Pessoas Significativas | | | Filha (Paula), neta (Sara), namorado da neta (Ricardo) | | | | |

| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIOS DE SAÚDE | | | | 14/01/2013 |
|---|---|--|----------|------------|
| Data de Internamento | 13 Janeiro de 2013 | | Alergias | Sulfamidas |
| Diagnóstico de internamento | AVC isquémico cortico-subcortical temporoparietal direito | | | |
| História clínica | <p>Foi encontrada às 2h de dia 13/01 com quadro de disartria e hemiparesia esquerda (vista pela ultima vez assintomática às 0h30min), a filha chamou INEM que encaminha para serviço de urgência do HSJ e na triagem é ativada via verde AVC.</p> | | | |
| | <p>À entrada estava vígil, com hemiparesia esquerda de predomínio braquial, hemihipostesia esquerda com face e parésia facial central esquerda, com NIHSS de 6. Iniciou protocolo de rt-PA às 3h26min na sala de TC. O angioTC não revelou alterações vasculares e foi transferida para a UCV</p> | | | |
| | <p>A TC de controlo às 24h revelou área de hipodensidade cortico-subcorticalinsular posterior/capsular externa e temporoparietal direita, com apagamento de sulcos regionais em relação com lesão vascular isquémica aguda/subaguda em território de distribuição distal da ACM ipsilateral.</p> | | | |
| | <p>Outros achados clínicos durante o internamento:</p> | | | |

| | | | | | |
|---------------------------------|---|------|--------|--------|--------|
| | <p>- Fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida;</p> <p>- Dilatação biauricular, do ventrículo esquerdo e veia cava inferior, insuficiência tricúspide moderada/grave com hipertensão pulmonar ligeira;</p> <p>- Pequenas placas de ateroma nas bifurcações carotídeas com extensão à carótida interna bilateralmente sem repercussão hemodinâmica significativa; Kinking da artéria carótida interna esquerda;</p> <p>Durante o internamento teve uma evolução favorável, com melhoria parcial dos défices descritos anteriormente. Iniciou antidiislipídemicos (pravastatina 40mg/oral/jantar) e antiagregante plaquetário (AAS 100mg oral/almoço).</p> <p>Foi transferida para o serviço de medicina dia 15/01/2013 por volta das 17h30min.</p> <p>(dados colhidos no processo clinico)</p> | | | | |
| Historia clinica pregressa | <p>Diabetes mellitus tipo 2, angina de peito e insuficiência venosa crónica dos membros inferiores. Sem hábitos tabágicos ou alcoólicos.</p> <p>Até à data do internamento era autónoma no domicílio e saindo à rua acompanhada pela filha</p> | | | | |
| História de familiar de doenças | | | | | |
| Medicação habitual | | PAIm | Almoço | Jantar | Deitar |
| | Metformina 1000mg comprimido | 1 | | 1 | |
| | Flindix retard 20mg capsulas | 1 | 1 | 1 | |
| | Acido acetilsalicílico 100mg comprimidos | | 1 | | |
| | Vinpocetina 5mg comprimidos | 1 | 1 | 1 | |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|--|---|---|
| | Glimepirida 2mg comprimidos | | 1 | | | |
| | Captopril 25mg comprimido | | ½ | | ½ | |
| | Zolpidem 10 mg comprimido | | | | | 1 |
| | Esclerobion comprimidos (10 comprimidos por mês nos primeiros 10 dias) | | | | | |
| Conhecimento e expectativas sobre a condição de doença | Utente | Apesar de estar informada do diagnóstico atual, apresenta anosognosia, ainda não se deparou com as suas limitações/perdas | | | | |
| | Família | | | | | |

| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESENVOLVIMENTO | | 14/01/2013 |
|---|--------------------------------------|------------|
| Grandes mudanças na vida | Sem mudanças significativas recentes | |
| Como o doente os enfrenta novos desvios do crescimento e desenvolvimento, quem ou o que o apoia | | |
| Novos requisitos da sua condição de doença | | |

| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS | | | | | | | | | | 14/01/2013 | |
|---------------------------------------|--|--|---|--|------------------|--|---|---------------------------|--------|------------|--|
| Ar/Respiração | | | | | | | | | | | |
| Tosse | <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Ausente | | Expetoração | <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Ausente | | Dispneia | <input type="checkbox"/> Repouso <input type="checkbox"/> Esforço <input type="checkbox"/> Ortopneia <input type="checkbox"/> Paroxística <input type="checkbox"/> Noturna <input type="checkbox"/> Platipneia <input type="checkbox"/> Trepopneia | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Seca | | | <input type="checkbox"/> Serosa <input type="checkbox"/> Mucosa <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Hemoptoica <input type="checkbox"/> Hemoptise | | | Escala numérica ____/10 Escala Borg Modificada ____ | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Ineficaz | | | | | | | | | | |
| Características da respiração | | Frequência | 17 cr/min | | Ritmo | <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Cheyne-Stockes <input type="checkbox"/> Kussmaul <input type="checkbox"/> Biot | | | | | |
| | | Padrão | <input type="checkbox"/> Costal <input type="checkbox"/> Diafragmática <input checked="" type="checkbox"/> Mista <input type="checkbox"/> Paradoxal | | Amplitude | <input checked="" type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Profunda | | | | | |
| | | Simetria | <input checked="" type="checkbox"/> Simétrico <input type="checkbox"/> Assimétrico | | SpO2 | 96% sem O2 ____ % com O2 ____ | | | | | |
| Palpação do Tórax | | Ântero-superior - <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuído Ântero-inferior - <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuído | | | | Póstero-superior - <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuído Póstero-inferior - <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuído | | | | | |
| Palpação Traqueia | | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Desvio dta <input type="checkbox"/> Desvio esq | | Vibrações Vocais | | <input type="checkbox"/> Som claro Pulmonar <input type="checkbox"/> Hipe ressonante <input type="checkbox"/> Maciço | | | | | |
| Auscultação pulmonar | | P - Presente D - Diminuído A - Ausente | | Pulmão direito | | | Traqueia | Pulmão esquerdo | | | |
| | | | Superior | Médio | Inferior | | | Superior | Língua | Inferior | |
| | | Roncos | P | | | | | | | | |
| | | | A | X | X | X | | X | X | X | |
| | | Sibilos | P | | | | | | | | |
| | | | A | X | X | X | | X | X | X | |
| | | Fervores | P | | | | | | | | |
| | | | A | X | X | X | | X | X | X | |
| | | Atrito Pleural | P | | | | | | | | |
| | | | A | X | | | | | | | |
| Murmúrio Vesicular | P | X | X | | X | X | X | | | | |
| | D | | | X | | | | X | | | |
| | A | | | | | | | | | | |
| Toracalgia | | <input type="checkbox"/> Localizada <input type="checkbox"/> Irradiada <input type="checkbox"/> Reflexa | | Intensidade | 0/10 | | Tipo dor | | | | |
| Coloração pele e mucosas | | | <input checked="" type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Cianose periférica <input type="checkbox"/> Cianose central | | | | | | | | |
| Hipocratismo digital | | <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Ausente | | Tipos de tórax | | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Escavado <input type="checkbox"/> Quilha de navio <input type="checkbox"/> Sino | | | | | |
| Fatores de risco respiratórios | | | | | | | | | | | |
| Tensão Arterial | 132/63 mmHg | | Pulso | 62 p/min | | <input type="checkbox"/> Rítmico <input checked="" type="checkbox"/> Disrítmico <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme | | Temperatura axilar | 36.8°C | | |
| Radiografia do Tórax | | | | | | | | | | | |
| Gasometria Arterial | | ____/____/____ <input type="checkbox"/> Oxigénio a ____ l/min <input type="checkbox"/> Ar ambiente | | PaO2 ____ mmHg (80-100) PaCO2 ____ mmHg (35-45) HCO3- ____ mEq/L (22-26) | | pH ____ (7,35-7,45) SO2 ____ % | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|---|---|--|---|------|---|
| Conhecimentos e expectativas | | Utente e do agente de cuidados dependente | | | | | |
| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS | | | | | | | 14/01/2013 |
| Hábitos alimentares e hidratação | Nº de refeições/dia | | | | Quantidade de líquidos/dia | | |
| | Restrições alimentares | | | | Tipo de líquidos/preferências | | |
| | Alimentos que não gosta | | | | | | |
| | Preferências alimentares | | | | | | |
| Método de alimentação | <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Parentérica <input type="checkbox"/> Gastrostomia percutânea | | Disfagia | <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Ausente | <input type="checkbox"/> Dificuldade em mastigar <input type="checkbox"/> Incapacidade de deglutir líquidos <input type="checkbox"/> Incapacidade de deglutir sólidos | | |
| Dentição | <input type="checkbox"/> Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta | | Prótese dentária | <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Inferior | | | |
| Tipo de dieta prescrita | Dieta pastosa | | | | | | |
| Lesões na cavidade oral | <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Ausente | | | | | | |
| Alterações na salivação | <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Ausente | | | | | | |
| Estado nutricional | Peso | 75Kg | Altura | 169cm | IMC | 36,3 | <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Obeso |
| Conhecimentos e expectativas | Utente | | Não apresenta disfagia, embora por inatenção e tentar falar durante a deglutição apresenta risco de aspiração | | | | |
| | Agente de cuidados dependente | | | | | | |
| ECD | | | | | | | |

| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS | | | 14/01/2013 |
|---|---|---------------------------------|------------|
| Eliminação urinária | | | |
| Hábitos de eliminação vesical | Contínente, embora tenha apresentado micções na fralda, relacionado com terapêutica sedativa. Sem sintomas urinários | Dispositivos urinários/ostomias | |
| Sintomas urinários | <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Algúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Polaquiúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Tenesmo <input type="checkbox"/> Enurese <input type="checkbox"/> Nictúria <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Gotejamento inicial ou terminal <input type="checkbox"/> Piúria | | |
| Perturbações do controlo miccional | <input type="checkbox"/> Retenção urinária sem perdas de urina <input type="checkbox"/> Incontinência de esforço <input type="checkbox"/> Retenção urinária com perdas de urina por refluxo <input type="checkbox"/> Incontinência de urgência <input type="checkbox"/> Disfunção vesico-esfincteriana neurogénica reflexa <input type="checkbox"/> Incontinência funcional <input type="checkbox"/> Disfunção vesico-esfincteriana neurogénica autónoma | | |
| Avaliação da Incontinência | Início/duração | | |
| | Fatores precipitantes | | |
| | Quantidade de perdas | | |
| | Consegue interromper a micção | | |
| | Como gere a incontinência | | |
| | Impacto na sua vida diária | | |
| | Sensação de plenitude vesical | | |
| | Mobilidade/coordenação motora | | |
| | Observação/palpação abdominal | | |
| | Condições da pele do períneo | | |
| | Presença de edemas | | |
| Doenças associadas e medicação habitual | | | |
| Conhecimentos e expetativas | Utente | | |
| | Agente de cuidados dependente | | |

| Eliminação intestinal | | | |
|------------------------------------|-------------|---------------------------------------|--|
| Rotinas intestinais (hora e dia) | Diariamente | Padrão | <input type="checkbox"/> Obstipação <input checked="" type="checkbox"/> Padrão Normal <input type="checkbox"/> Diarreia |
| Última dejeção | 12/01/2013 | Características | <input type="checkbox"/> Duras <input type="checkbox"/> Moldadas <input type="checkbox"/> Pastosas <input type="checkbox"/> Líquidas |
| Perturbações anteriores | | Perturbações da eliminação intestinal | <input checked="" type="checkbox"/> Contínente |
| Hábitos para estimular a defecação | | | <input type="checkbox"/> Incontinência Neurogénica Autónoma <input type="checkbox"/> Incontinência Neurogénica Reflexa <input type="checkbox"/> Incontinência Neurogénica Desinibida |
| Conhecimentos e expetativas | Utente | | |

| | | |
|---|--|---|
| | Agente de cuidados dependente | |
| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS | | 14/01/2013 |
| Processos de eliminação e excreção | | |
| Cuidados de higiene pessoal e banho | | |
| Hábitos de higiene pessoais e banho | Anteriormente autónoma, banho diário | |
| Utilização de produtos de apoio | | |
| Higiene | Higiene oral | Necessita de ajuda na colocação da pasta de dentes |
| | Higiene facial | Autónoma |
| | Pentear | Necessita de ajuda para se pentear apenas na região posterior da cabeça |
| | Barbear | |
| | Maquilhar | |
| | Banho | Banho na cama, parcialmente dependente, necessita de ajuda para lavar extremidades dos membros inferiores e a região posterior. |
| Vestuário ½ Superior | Camisola | |
| | Camisa / Casacos | Autónoma com supervisão |
| | Soutien | Não foi testado (mas aparentemente é incapaz de abotoar na região posterior) |
| Vestuário ½ Inferior | Calças | Autónoma com supervisão |
| | Meias Elásticas | Dependente |
| Calçado | Meias | No despir é autónoma, mas no vestir é dependente |
| | Sapatos | Não foi testado |
| Outros | Dar o laço | Incapaz |
| | Fechos | |
| | Botões | Dependente |
| Pele | <input type="checkbox"/> Seca <input checked="" type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Húmida <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Anidrose <input type="checkbox"/> Diaforese | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Inteira <input type="checkbox"/> Ferida Cirúrgica <input type="checkbox"/> Ferida Traumática <input type="checkbox"/> Úlcera De Pressão <input type="checkbox"/> Úlcera Venosa <input type="checkbox"/> Úlcera Arterial | |
| | Localização | Apresenta insuficiência venosa nos membros inferiores, nas pernas bilateralmente |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| | Características | apresenta lipodermatosclerose, sem feridas nem edemas | | | |
| Mucosas | <input type="checkbox"/> Secas <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Húmidas <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Ictérica | | | | |
| Conhecimentos e expectativas sobre os cuidados de higiene pessoal, banho, vestir e despir | Utente | | | | |
| | Agente de cuidados dependente | | | | |
| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS | | | | | |
| Auto-cuidados | A - Alimentação | 5 | Níveis | | |
| | B - Higiene Pessoal | 4 | Independência | | |
| | C - Banho | 3 | 7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal) | | |
| | D - Vestir metade superior | 5 | 6 – Independência modificada (ajuda técnica) | | |
| | E - Vestir metade inferior | 4 | Dependência modificada | | |
| | F - Utilização da sanita | 4 | 5 – Supervisão | | |
| Controlo dos Esfíncteres | G - Bexiga | 4 | 4 – Ajuda mínima (Indivíduo participa em ≥75%) | | |
| | H - Intestino | 5 | 3 – Ajuda Moderada (Indivíduo participa em ≥50%) | | |
| Mobilidade | I - Transferência cama, cadeira, Cadeira de rodas | 1 | Dependência Completa | | |
| | J - Sanita | 1 | 2 – Ajuda Máxima (Indivíduo participa em ≥25%) | | |
| | K - Banheira, Duche | 1 | 1 – Ajuda total (Indivíduo participa em ≤25%) | | |
| Locomoção | L - Marcha / Cadeira de rodas (M/C) | 1 | | | |
| | M - Escadas | 1 | | | |
| Comunicação | N - Compreensão (A/V) | 3 | | | |
| | O - Expressão (V/N) | 3 | | | |
| Cognição Social | P - Interação social | 3 | | | |
| | Q - Resolução de problemas | 3 | | | |
| | R - Memória | 7 | | | |
| | | Total | 58 | | |

| | | | | | |
|-----------------------|---|---|---------------|-------------------------------|------|
| Dor | <input checked="" type="checkbox"/> Sim | Localização | Região lombar | Intensidade (escala numérica) | 4/10 |
| | <input type="checkbox"/> Não | | | | |
| | Fatores que aliviam | | | | |
| Fatores precipitantes | | Dor aguda relacionada com a permanência na cama | | | |

| | | | | |
|-------------|---|---------------------------|--|--------|
| Sono | Padrão de sono | +/- 8 h/dia | Hora a que habitualmente se deita | +/-24h |
| | <input type="checkbox"/> Insónia inicial <input type="checkbox"/> Insónia termina <input type="checkbox"/> Sono não reparador | | | |
| | Medicação habitual | Zolpidem 10mg comprimidos | | |

| | |
|---|------------|
| Avaliação da força muscular - Escala de Lower | 14/01/2013 |
|---|------------|

| | Flexão | Extensão | Flexão lateral direita | Flexão lateral esquerda | Rotação para direita | Rotação para esquerda |
|------------------|--------|----------|------------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------|
| Cabeça e Pescoço | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 |

| MEMBRO SUPERIOR DIREITO | Flexão | Extensão | Adução | Abdução | Rotação Interna Pronação | Rotação Externa Supinação | Desvio radial | Desvio cubital | Oponência elevação |
|-------------------------|--------|----------|--------|---------|--------------------------|---------------------------|---------------|----------------|--------------------|
| Escapulo Umeral | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | | | 5 |
| Cotovelo | 5 | 5 | | | | | | | |
| Antebraço | | | | | 5 | 5 | | | |
| Punho | 5 | 5 | | | | | 5 | 5 | |
| Dedos | 5 | 5 | 5 | 5 | | | | | |
| Polegar | 5 | 5 | 5 | 5 | | | | | 5 |
| MEMBRO SUPERIOR ESQUERD | Flexão | Extensão | Adução | Abdução | Rotação Interna Pronação | Rotação Externa Supinação | Desvio radial | Desvio cubital | Oponência elevação |
| Escapulo Umeral | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | 4 |
| Cotovelo | 4 | 4 | | | | | | | |
| Antebraço | | | | | 4 | 4 | | | |
| Punho | 4 | 4 | | | | | 4 | 4 | |
| Dedos | 4 | 4 | 4 | 4 | | | | | |
| Polegar | 4 | 4 | 4 | 4 | | | | | 4 |

| MEMBRO INFERIOR DIREITO | Flexão Básula anterior | Extensão Básula posterior | Adução | Abdução | Rotação Interna Inversão | Rotação Externa Eversão |
|-------------------------|------------------------|---------------------------|--------|---------|--------------------------|-------------------------|
| Coxo-fémural | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Joelho | 5 | 5 | | | | |
| Tibio-tarsica | 5 | 5 | | | 5 | 5 |
| Dedos | 5 | 5 | 5 | 5 | | |
| MEMBRO INFERIOR ESQUERD | Flexão Básula anterior | Extensão Básula posterior | Adução | Abdução | Rotação Interna Inversão | Rotação Externa Eversão |
| Coxo-fémural | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Joelho | 4 | 4 | | | | |
| Tibio-tarsica | 4 | 4 | | | 4 | 4 |
| Dedos | 4 | 4 | 4 | 4 | | |

Avaliação da espasticidade - Escala de Ashworth modificada

14/01/2013

| | Flexão | Extensão | Flexão lateral direita | Flexão lateral esquerda | Rotação para direita | Rotação para esquerda |
|------------------|--------|----------|------------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------|
| Cabeça e Pescoço | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| MEMBRO SUPERIOR DIREITO | Flexão | Extensão | Adução | Abdução | Rotação Interna Pronação | Rotação Externa Supinação | Desvio radial | Desvio cubital | Oponência elevação |
|-------------------------|--------|----------|--------|---------|--------------------------|---------------------------|---------------|----------------|--------------------|
| Escapulo Umeral | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | 0 |
| Cotovelo | 0 | 0 | | | | | | | |
| Antebraço | | | | | 0 | 0 | | | |
| Punho | 0 | 0 | | | | | 0 | 0 | |
| Dedos | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| Polegar | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | 0 |

| MEMBRO SUPERIOR ESQUERDA | Flexão | Extensão | Adução | Abdução | Rotação Interna Pronação | Rotação Externa Supinação | Desvio radial | Desvio cubital | Oponência elevação |
|--------------------------|--------|----------|--------|---------|--------------------------|---------------------------|---------------|----------------|--------------------|
| Escapulo Umeral | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | 0 |
| Cotovelo | 0 | 0 | | | | | | | |
| Antebraço | | | | | 0 | 0 | | | |
| Punho | 0 | 0 | | | | | 0 | 0 | |
| Dedos | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | |
| Polegar | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | 0 |

| MEMBRO INFERIOR DTO | Flexão Bâscula anterior | Extensão o Bâscula | Adução | Abdução o | Rotação Interna Inversã | Rotação Externa Eversão |
|---------------------|-------------------------|--------------------|--------|-----------|-------------------------|-------------------------|
| Coxo-fémural | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Joelho | 0 | 0 | | | | |
| Tibio-tarsica | 0 | 0 | | | 0 | 0 |
| Dedos | 0 | 0 | 0 | 0 | | |

| MEMBRO INFERIOR ESQ | Flexão Bâscula anterior | Extensão o Bâscula | Adução | Abdução o | Rotação Interna Inversã | Rotação Externa Eversão |
|---------------------|-------------------------|--------------------|--------|-----------|-------------------------|-------------------------|
| Coxo-fémural | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Joelho | 0 | 0 | | | | |
| Tibio-tarsica | 0 | 0 | | | 0 | 0 |
| Dedos | 0 | 0 | 0 | 0 | | |

| | | | |
|---|---|----------|--|
| Coordenação Motora (Simetria/ritmo/ alternância rapidez/olhos fechados e abertos) | Prova dedo-nariz | Direita | <input checked="" type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Dismetria <input type="checkbox"/> Hipermetria <input type="checkbox"/> Hipometria <input type="checkbox"/> Descoordenação sensitiva |
| | | Esquerda | <input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Dismetria <input type="checkbox"/> Hipermetria <input checked="" type="checkbox"/> Hipometria <input type="checkbox"/> Descoordenação sensitiva |
| | Prova de indicação Barany | Direita | <input checked="" type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Dismetria <input type="checkbox"/> Hipermetria <input type="checkbox"/> Hipometria <input type="checkbox"/> Descoordenação sensitiva |
| | | Esquerda | <input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Dismetria <input type="checkbox"/> Hipermetria <input checked="" type="checkbox"/> Hipometria <input type="checkbox"/> Descoordenação sensitiva |
| | Diadococinésia | Direita | <input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> disdiadocinésia |
| | | Esquerda | <input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> disdiadocinésia |
| | Prova calcanhar joelho | Direita | <input type="checkbox"/> Sem alteração <input checked="" type="checkbox"/> Dismetria <input type="checkbox"/> Hipermetria <input type="checkbox"/> Hipometria |
| | | Esquerda | <input type="checkbox"/> Sem alteração <input checked="" type="checkbox"/> Dismetria <input type="checkbox"/> Hipermetria <input type="checkbox"/> Hipometria |
| Capacidades práticas | Gestos simbólicos (sina da cruz) | | Consegue realizar com o Membro Superior dto |
| | Gestos icónicos (levar copo à boca) | | Consegue realizar com o Membro Superior dto |
| | Gestos intransitivos (dizer adeus) | | Consegue realizar com o Membro Superior dto |
| Marcha | <input type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Utilização de produtos de Apoio <input type="checkbox"/> Disbasia Qual: <input checked="" type="checkbox"/> Marcha hemiparética <input type="checkbox"/> Atáxica | | |

| | | | Eficaz | Pouco Eficaz | Não Eficaz | Observações |
|--------------------|----------------|----------------------------------|--------|--------------|------------|-------------|
| Equilíbrio | Sentado | Estático | | X | | |
| | | Dinâmico | | X | | |
| | Em pé | Estático | | | X | |
| | | Dinâmico | | | X | |
| Transferências | Cama/Cadeira | Incapaz de o fazer autonomamente | | | | |
| | Cadeira/Sanita | Incapaz de o fazer autonomamente | | | | |
| | Banheira Duche | | | | | |
| | Desníveis | | | | | |
| Atividades na cama | Arrastar | Autónoma | | | | |
| | Virar | Autónoma | | | | |
| | Deitar | Autónoma | | | | |
| | Sentar | Necessita de ajuda | | | | |

| | | |
|---|-------------------------------|--|
| Conhecimentos e expectativas sobre o equilíbrio entre atividade e repouso | Utente | |
| | Agente de cuidados dependente | |

| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS | 14/01/2013 |
|---|------------|
| Equilíbrio entre solidão e interação social | |

| | |
|--|--|
| Alteração dos papéis que desempenha | |
| Isolamento Social e atividades lúdicas habituais | |
| Periodicidade de visitas enquanto está internado | Visitas muito presentes (filha, neta, namorado da neta, vizinhas e amigos) |
| Recurso da comunidade prévios | |
| Alterações sexuais | |
| Outras alterações | |

| | | |
|--|-------------------------------|--|
| Conhecimentos e expectativas sobre o equilíbrio entre solidão e interação social | Utente | |
| | Agente de cuidados dependente | |

| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS | 14/01/2013 |
|--------------------------------------|------------|
| Prevenção de Perigos | |

| | | | |
|-----------------------|---|-------------------|----|
| Estado de Consciência | <input checked="" type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Vigília <input type="checkbox"/> Letárgico ou Sonolento <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Obnubilado <input type="checkbox"/> Estuporoso <input type="checkbox"/> Coma | Escala de Glasgow | 15 |
|-----------------------|---|-------------------|----|

| | |
|----------------------|--|
| Estado de Orientação | <input checked="" type="checkbox"/> Orientado autopsiquicamente <input checked="" type="checkbox"/> Orientado halopsiquicamente <input type="checkbox"/> Desorientado autopsiquicamente <input type="checkbox"/> Desorientado halopsiquicamente |
|----------------------|--|

| | | |
|-------------------|--|--|
| Estado de Atenção | Vigilância | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hipervigil <input type="checkbox"/> Hipovigil |
| | Tenacidade (exemplo de bater na mesa sempre que ouvir a letra A) | |
| | Concentração (subtração sucessiva de 7 ao nº100) | <input type="checkbox"/> Hipoprosxia |

| | | | |
|---------|---------------------|-------------------------|--|
| Memória | Sensorial (0.5s) | | <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente |
| | Imediata (15 a 20s) | | <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente |
| | Recente | Curto prazo (5 a 10min) | <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente |
| | | Longo prazo (> 30min) | <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente |
| | Remota | | <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente |

| | |
|---|-------------------|
| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS Prevenção de Perigos | 14/01/2013 |
|---|-------------------|

| Sensibilidade superficial | | Pé | Perna | Coxa | Anca | Abdómen | Tórax | Mãos | Ante braço | Braço | Pescoço | Cabeça |
|---------------------------|--|---------------------------------|-------|------|------|---------|-------|------|---------------|-------|---------|-------------|
| | Tátil | Diminuída no hemicorpo esquerdo | | | | | | | | | | |
| | Térmica | | | | | | | | | | | |
| | Dolorosa | Diminuída no hemicorpo esquerdo | | | | | | | | | | |
| Sensibilidade profunda | Sentido de pressão ou barestesia | | | | | | | | | | | M-mantida |
| | Sensibilidade vibratória ou palestesia | | | | | | | | | | | D-diminuída |
| | Sensibilidade postural | | | | | | | | | | | |
| | Sentido esteriognósio | | | | | | | | | | | A-ausente |

| | | |
|--|-----------------------------|--|
| Negligencia hemiespacial unilateral (lesão no hemisfério dto) | Prova de barragem | |
| | Prova de desenho espontâneo | |

| ESCALA DE QUEDAS DE MORSE | | | | |
|--|-------|------|---|----|
| | 13/01 | 14/0 | | |
| Antecedentes de queda (anterior ou nos últimos três meses) | 0 | 0 | Não | 0 |
| | | | Sim | 25 |
| Diagnóstico secundário | | | Não | 0 |
| | 15 | 15 | Sim | 15 |
| Ajuda na mobilização | 0 | 0 | Acamado/Repouso no leito/cadeira de Rodas | 0 |
| | | | Bengala/Andarilho/Canadiana | 15 |
| | | | Aparelho/Equipamento | 30 |
| Terapia endovenosa | | 0 | Não | 0 |
| | 20 | | Sim | 20 |
| Marcha | 0 | | Normal/Acamado/Cadeira de Rodas | 0 |
| | | 10 | Lenta | 10 |
| | | | Alterada/Cambaleante | 20 |
| Estado mental | | | Orientado/consciente das suas capacidades | 0 |
| | 15 | 15 | Desorientado/Confuso | 15 |
| TOTAL | 50 | 40 | | |
| | Eleva | Baix | | |

| | | |
|--|-------------------------------|--|
| Conhecimento e expectativas sobre prevenção de perigos | Utente | |
| | Agente de cuidados dependente | |

| ESCALA DE BRADEN | | 13/01 | 14/01 |
|----------------------------------|--|------------|------------|
| Perceção Sensorial | 1 - Completamente limitada 2 - Muito limitada 3 - Ligeiramente limitada 4 - Nenhuma limitação | 2 | 2 |
| Humidade | 1 - Pele constantemente húmida 2 - Pele muito húmida 3 - Pele ocasionalmente húmida 4 - Pele raramente húmida | 3 | 4 |
| Atividade | 1 - Acamado 2 - Sentado 3 - Anda ocasionalmente 4 - Anda frequentemente | 1 | 2 |
| Mobilidade | 1 - Completamente imobilizado 2 - Muito limitada 3 - Ligeiramente limitada 4 - Nenhuma limitação | 3 | 3 |
| Nutrição | 1 - Muito Pobre 2 - Provavelmente inadequada 3 - Adequada 4 - Excelente | 3 | 3 |
| Fricção e forças de deslizamento | 1 - Problema 2 - Problema potencial 3 - Nenhum Problema | 2 | 2 |
| TOTAL | | 15 Alto | 16 Alto |

| ESCALA NIHSS | | | DATA | | | | |
|-------------------------------------|--|--------|-------|-------|------|------|------|
| | | | 13/1 | 13/1 | 13/1 | 14/1 | 15/1 |
| | | | 3:26h | 4:40h | 17h | 10h | 17h |
| 1.a – Nível de consciência | 0 - Vígil 1 - Não vígil, mas facilmente despertável (estímulo motor) 2 - Não vígil, requerendo estimulação repetida para responder 3 - Não vígil, respondendo apenas com movimentos reflexos/sem resposta | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1.b – Orientação (mês e idade) | 0 - Responde a ambas as questões corretamente 1 - Responde apenas a uma das questões corretamente incorretamente 2 - Não responde a nenhuma das questões de forma correta | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1.c – Cumprimento de ordens simples | 0 - Executa as duas tarefas pedidas de forma correta 1 - Executa apenas a uma das questões de forma correta 2 - Não executa nenhuma das tarefas de forma correta | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2. Movimentos oculares | 0 - Normal 1 - Parésia parcial do olhar conjugado (sem desvio forçado) 2 - Desvio forçado do olhar ou paralisia completa | | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 3. Campos visuais | 0 - Sem déficit visual 1 - Hemianópsia parcial 2 - Hemianópsia total 3 - Hemianópsia bilateral (cegueira, incluindo cegueira cortical) | | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 4. Paralisia Facial | 0 - Movimento simétrico normal (sem parésia facial) 1 - Paralisia menor (apagamento do sulco nasogeniano) 2 - Paralisia completa ou quase completa (inferior) 3 - Ausência de movimento na hemiface (superior e inferior) | | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 5 e 6 Motricidade dos membros | 0 - Normal (sem queda, membro a 90° ou 45° durante 10 seg) 1 - Queda (segura a 90° mas cai antes 10 seg; não bate cama) 2 - Algum esforço contra gravidade (membro cai na cama) 3 - Sem movimento contra gravidade 4 - Sem movimento | 5a MSE | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 |
| | | 5b MSD | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | 6a MIE | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | 6b MID | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 7. Ataxia Segmentar | 0 - Ausente 1 - Presente num membro 2 - Presente em dois membros | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8. Sensibilidade | 0 - Normal (sem perda de sensibilidade) 1 - Perda de sensibilidade ligeira a moderada 2 - Perda severa ou total de sensibilidade) | | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 9. Linguagem | 0 - Normal (sem afasia) 1 - Afasia ligeira a moderada 2 - Afasia severa 3 - Mutismo (afasia global) | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10. Disartria | 0 - Articulação normal 1 - Disartria ligeira (arrastamento discreto a moderado) 2 - Disartria severa ou quase ininteligível | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 11. Extinção e inatenção | 0 - Normal 1 - Extinção ou inatenção de uma modalidade na estimulação simultânea (visual, tátil, auditiva) 2 - Hemi-inatenção profunda ou extinção de mais do que uma modalidade | | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| Total | | | 6 | 11 | 9 | 10 | 8 |

| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS | |
|--------------------------------------|--|
| Desejo humano de ser normal | |
| 14/01/2013 | |

| | |
|---------------------|----------------|
| Discurso espontâneo | Fluente |
| Compreensão | Sem alterações |
| Nomeação | Sem alterações |
| Repetição | Sem alterações |
| Leitura | |
| Linguagem elaborada | Sem alterações |

| TIPOS DE AFASIA | FLUÊNCIA | COMPREENSÃO | NOMEAÇÃO | REPETIÇÃO |
|--|---|---|---|---|
| | <input type="checkbox"/> Não fluente <input checked="" type="checkbox"/> Fluente | <input type="checkbox"/> Perturbada <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Perturbada <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Perturbada <input checked="" type="checkbox"/> Normal |
| <input type="checkbox"/> Global | Não fluente | Perturbada | Perturbada | Perturbada |
| <input type="checkbox"/> Broca | Não fluente | Normal | Perturbada | Perturbada |
| <input type="checkbox"/> Transcortical mista | Não fluente | Perturbada | Perturbada | Normal |
| <input type="checkbox"/> Transcortical motora | Não fluente | Normal | Perturbada | Normal |
| <input type="checkbox"/> Wernicke | Fluente | Perturbada | Perturbada | Perturbada |
| <input type="checkbox"/> Condução | Fluente | Normal | Perturbada | Perturbada |
| <input type="checkbox"/> Transcortical sensorial | Fluente | Perturbada | Perturbada | Normal |
| <input type="checkbox"/> Anômica | Fluente | Normal | Perturbada | Normal |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
| Escrita | | |
| <input type="checkbox"/> Sem alterações da linguagem | <input checked="" type="checkbox"/> Disartria | <input type="checkbox"/> Afasia |

| | |
|---------------------------|--|
| I - Olfativo | <input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Anosmia <input type="checkbox"/> Hiposmia <input type="checkbox"/> Alterado Unilateralmente |
| II- Ótico | Acuidade visual <input type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Ambliopia <input type="checkbox"/> Amaurose <input type="checkbox"/> Cegueira |
| | Campos visuais <input type="checkbox"/> Mantidos <input checked="" type="checkbox"/> Hemianopsia esq/dta <input type="checkbox"/> Quadrantopsia |
| III - Motor ocular comum | <input type="checkbox"/> Pupilas reativas à luz <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Discorria |
| IV -Patético | <input checked="" type="checkbox"/> Isocórica <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Nistagmo |
| V Trigêmeo | Movimentos de mastigação e cerrar os dentes Movimentos do maxilar inferior para ambos os lados Sensibilidade superficial da face (frontal/malar/maxilar inferior) |
| VI - Motor ocular externo | <input checked="" type="checkbox"/> Ptose palpebral Ausente <input type="checkbox"/> Ptose palpebral |
| VII Facial | Desvio da comissura labial para a direita com apagamento do sulco nasogeniano à esquerda, tem dificuldade em manter líquidos na |
| | Simetria facial Presença de tiques faciais Sorrir / Elevar Sobrancelhas / Franzir a testa / Soprar / Assobiar Reconhecimento de sabores 2/3 anteriores da língua (doce/salgado/amargo) Hiperacusia Dificuldade em manter alimentos/líquidos no lado afetado |

| | | | |
|-----------------------|---|--|--|
| | | | boca. Movimentos da região frontal e perioculares simétricos e normais |
| VIII -Estado-acústico | Acuidade auditiva | Teste de Rinne | |
| | | Teste de weber | |
| | Equilíbrio | Estático | |
| | | Dinâmico | |
| IX Glossofaríngeo | Reconhecimento de sabores doce e salgado (1/3 posterior da língua) | | |
| X Pneumogástrico | Reflexo do vômito Alteração do tom de voz Rouquidão/Fadiga vocal Eficácia da tosse Elevação do palato mole e úvula ("dizer aahh") | | Apresenta reflexo do vômito, elevação assimétrica do palato mole e úvula, tosse eficaz |
| XI - Espinhal | Força muscular | ECM | |
| | | Trapézio | |
| | Paresia dolorosa | <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Presente | |
| XI Espinhal | Rotação da cabeça (lesão contra lateral) Inclinação da cabeça Paresia dolorosa Elevação dos Ombros (lesão homolateral) | | Posição presencial da cabeça virada para a direito, depressão do ombro esquerdo |
| XII Grande Hipoglosso | Simetria da língua Movimentos da língua no in/exterior da cavidade oral Desvio da Úvula Acumulação de saliva na fossa piriforme | | Língua simétrica à sua protusão, discreto desvio da úvula para a direita |

| | |
|--|--|
| Alteração de autoestima e autoimagem | |
| Objetivos para o futuro | |
| Conhecimentos e expetativas do agente de cuidados dependente | |

2. Registos do turno da manhã de dia 14/01/2013

Doente no início do turno sonolenta, mas facilmente despertável. Orientada auto e alopsiquicamente. Apresenta-se anosagnósica.

Está ligeiramente disártrica, mas com discurso perceptível, fluente, nomeia, repete e compreende.

Apresenta parésia na levoversão, sem outra oftalmoparésias. Tem hemianopsia esquerda.

Apresenta paresia facial central com desvio da comissura labial para a direita e apagamento do sulco nasogemiano esquerdo.

Avaliada deglutição: apresenta discreto desvio da úvula para a direita, reflexo de tosse mantido e assimetria do palato mole. Testada deglutição com 10 + 10cc de água destilada, sem sinais de aspiração. No entanto por inatenção da doente, tentar falar durante a deglutição e elevado risco de aspiração associado foram ensinadas estratégias compensatórias de deglutição nomeadamente flexão cervical anterior e dupla deglutição, com sucesso. Alimentou-se autonomamente de meia papa ao pequeno-almoço e ao almoço ingeriu meia sopa, metade do segundo prato e metade da fruta. Acumula pequena quantidade de bolo alimentar na cavidade oral à esquerda. Feito ensino sobre massagem bucal para prevenção de acumulação de alimentos na hemiface esquerda.

Apresenta hemiparesia esquerda com força 4 (dependendo do estímulo sensitivo). Escala de ashworth modificada avaliada em zero em todos os segmentos articulares. Equilíbrio sentado (estático e dinâmico) mantido, mas deficiente em pé. Hemihipostesia esquerda com face.

Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares, apresenta acessos de tosse esporádicos sem expetoração, respiração mista, de amplitude média, rítmica e regular. Realizados exercícios de expansão pulmonar com bastão. Traçado cardíaco sugestivo de fibrilação auricular com resposta ventricular controlada.

Realizado ensino sobre cuidados de higiene e conforto na cama, é incapaz de lavar/secar pés e região posterior. Realizado ensino sobre autocuidado vestir iniciando pelo lado esquerdo. Conseguindo vestir e consegue puxar as calças desde a perna até à anca,

fazendo ponte. Incapaz de vestir meias elásticas, consegue despir autonomamente camisa, calças e meias.

Esteve sentada durante 2h, tendo tolerado. Realizado treino de transferência cama/cadeira/sanita rodando para o lado direito. Treino de deambulação com ajuda bilateral, deambulou 2 metros. Ensino sobre atividades terapêuticas na cama (virar-se, arrastar-se e ponte) e automobilização dos membros superiores com sucesso.

Urinou 1 vez na fralda e teve mais 2 micções (arrastadeira e sanita) a seu pedido.

Teve visita da neta, realizados ensinios sobre estratégias de deglutição, abordar pelo lado afetado, exercícios de automobilização dos membros superiores, a qual esteve recetiva. Explicado a anosognosia e hemihipostesia esquerda, no sentido de prevenir consequências.

3. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | OBJETIVOS | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM | AValiação |
|--|---|--|---|
| 14/01 Motricidade/mobilidade alterada (diminuição da força no hemicorpo esq (escala de Lower 4/5) e discinesia na prova dedo nariz e prova calcanhar joelho) | <ul style="list-style-type: none"> • Manter e/ou restituir mobilidade articular • Melhorar coordenação motora | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar diariamente o grau de força muscular, usando a escala de Lower • Realizar mobilizações ativas resistidas no membro superior esquerdo • Ensinar e incentivar a realização dos exercícios de automobilização dos membros superiores • Realizar exercícios terapêuticos na cama (ponte e rolar na cama e arrastar-se) • Realizar exercícios de motricidade fina (abotoar/desabotoar botões de camisa) • Recorrer às técnicas de facilitação cruzada (durante a alimentação colocar tabuleiro e mesa de apoio à esquerda, a cama da doente está virada com o lado esquerdo para a porta da unidade) | 14/01 – Cumpriu exercícios de automobilização dos membros superiores, não conseguiu abotoar botões, embora consiga desabotoar, deambulou 2m junto à cama com ajuda 15/01 – Apresenta força no hemicorpo esquerdo 4/5, embora com capacidade de realizar movimento contra maior resistência, mantém dismetria na prova calcanhar-joelho, embora apresente taxia na prova dedo-nariz, deambulou cerca de 20m e conseguiu subir 2 degraus (com ajuda bilateral) |

| | | | |
|--|--|---|---|
| <p>14/01</p> <p>Deficiente equilíbrio em pé (estático e dinâmico)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Melhorar equilíbrio na posição ortostática • Preparar para o treino de marcha | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar sinais vitais para despiste de alterações hemodinâmicas decorrentes do levante • Incentivar a medidas de cinesiterapia postural corretiva (relembrar de endireitar a cabeça e ombros enquanto estiver sentada na cadeira) • Realizar levante com a doente para o cadeirão e colocar superfície de trabalho • Realizar treino de equilíbrio na posição ortostática, com apoio no membro inferior direito e carga no esquerdo | <p>14/01 – Realizou primeiro levante, apresenta equilíbrio em pé estático deficiente mas consegue manter-se em pé com ajuda de uma pessoa (apoiando-se apenas com os membros superiores).</p> <p>15/01 – Consegue deambular apenas com apoio unilateral, deambulou cerca de 20m e conseguiu subir 2 degraus</p> |
| <p>14/01</p> <p>Dependente na AVD - Vestir/Despir</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Autonomia no vestir/despir | <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar utilização de estratégias adaptativas para o auto cuidado: despir-se (despir primeiro o lado direito e depois o esquerdo) • Ensinar utilização de estratégias adaptativas para o auto cuidado: vestir (primeiro o lado esquerdo e depois o direito) • Treinar o autocuidado vestir/despir na cama • Ensinar a utilizar vestuário adequado as limitações da doente, roupas largas e sem botões) • Vestir meias elásticas | <p>14/01 – Colaborou no vestir/despir na cama, apenas não conseguiu despir meias e vestir meias elásticas. Consegue puxar as calças desde a perna até à anca, fazendo a ponte. Restante vestuário vestiu/despiu embora necessitasse de ser</p> |

| | | | |
|---|--|---|---|
| | | | <p>incentivada e supervisão</p> <p>15/01 – A doente foi autónoma com supervisão na AVD vestir/despir, consegue dar o laço na camisa com exceção de vestir as meias elásticas.</p> |
| <p>14/01</p> <p>Dependente na AVD cuidados de higiene (cama)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Lavar/secar todas as regiões corporais autonomamente | <ul style="list-style-type: none"> • Providenciar equipamento adaptativo para a AVD banho na cama (manámulas, bacias com água, toalhas, gel de banho) • Ensinar estratégias adaptativas para a AVD banho na cama (cama em posição fowler) • Incentivar a lavar-se e secar • Lavar regiões corporais que a doente seja incapaz (região posterior e extremidades dos membros inferiores) • Aplicar creme hidratante na região posterior e incentivar a doente a aplicar nas restantes regiões corporais • Incentivar a pentear-se (com espelho) • Ensino sobre estratégias para lavar dentes (com espelho) • Elogiar progressos | <p>14/01 – Em posição de fowler conseguiu lavar/secar o corpo com exceção região posterior do tronco, pés e cabelo, conseguiu lavar os dentes autonomamente, apenas necessitou de ajuda para colocar pasta na escova.</p> <p>15/01 – Tomou banho no duche em cadeira sanitária, tendo sido autónoma a lavar/secar todas as regiões corporais (segundo</p> |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | | | informação transmitida em passagem de turno). |
| 14/01 Dependente na alimentação/hidratação | <ul style="list-style-type: none"> • Autonomia na alimentação • Minimizar risco de aspiração de alimentos | <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar estratégias adaptativas para o autocuidado: comer (sentar-se corretamente, levar à boca pequenas quantidades de alimentos, flexão anterior do pescoço, dupla deglutição, massagem bucal) • Adequar dieta (pastosa) • Supervisionar no momento de ingestão de líquidos (copo cheio – evitar hiperextensão do pescoço) • Permitir o tempo necessário para a alimentação • Incentivar a alimentar-se autonomamente • Supervisão no momento da alimentação | 14/01 – Alimentou-se autonomamente do pequeno-almoço (na cama) e do almoço (sentada no cadeirão) de dieta pastosa (para reduzir probabilidade de aspiração de conteúdo alimentar). Compreende as estratégias adaptativas e cumpre-as, embora por vezes ainda fale enquanto se alimenta. A doente explicou à neta a estratégia de dupla deglutição e flexão anterior. É incapaz realizar da massagem bucal autonomamente. |
| 14/01 | <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a capacidade de | <ul style="list-style-type: none"> • Pedir a colaboração na execução de tarefas • Solicitar ordens simples e claras | 14/01 – Tem dificuldade em manter atenção nas atividades, |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Défice de atenção e concentração | <p>concentração</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obter colaboração doente na realização de atividades | <ul style="list-style-type: none"> • Fechar cortinas durante a realização de atividade terapêuticas e alimentação • Conversar com o doente sobre assuntos do seu interesse • Dar tempo para realização de tarefas • Dosear os estímulos (evitando enviar estímulos visuais, tácteis e auditivos em simultâneo) • Realizar reforço positivo | <p>conversando sobre assuntos descontextualizados.</p> <p>15/01 – Mantem défice de atenção embora esteja melhorada relativamente ao dia anterior, tem crítica sobre a sua inatenção e tenta concentrar-se na atividade.</p> |
| <p>14/01</p> <p>Aceitação das suas limitações</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Promover uma adaptação eficaz | <ul style="list-style-type: none"> • Encorajar a comunicação de emoções • Encorajar a tomada de decisão, centrando-se no que consegue fazer • Escutar a pessoa • Promover adaptação à incapacidade, através do ensino de estratégias adaptativas (vestir/despir, deglutição, facilitação cruzada) • Informar a pessoa sobre o seu estado de saúde • Informar a pessoa sobre tratamentos • Identificar com a pessoa estratégias anteriores de adaptação eficaz | <p>15/01 – Chorou quando fala da sua situação, mas já reconhece ganhos desde o dia anterior (na técnica da transferência, deambulação, nos cuidados de higiene) e já tem consciência das limitações.</p> <p>Espera continuar a viver com a filha e fazer as suas AVD autonomamente, foi-lhe explicado</p> |

| | | | |
|---|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Otimizar crença em valores • Validar sentimentos de impotência, como sendo normal que se sinta triste, mas realçando o que consegue fazer autonomamente e os ganhos já obtidos | que é um processo demorado, mas que tudo está a ser feito no sentido de promover a sua autonomia. |
| 14/01 Défice de conhecimentos da família para lidar com as consequências do AVC | <ul style="list-style-type: none"> • Ter nos familiares e ajudante/parceiros no cuidar • Dar continuidade aos cuidados • Aumentar a autonomia da doente | <ul style="list-style-type: none"> • Valorizar o apoio da família • Estabelecer objetivos e prioridades no processo de reabilitação • Ensinar estratégias e procedimentos para estimular a autonomia do doente, tais como evitar substituir o doente nas atividades que o próprio consegue realizar • Avaliar com os familiares os ganhos obtidos e devolver controlo • Ser parceiro para satisfazer as necessidades sentia pela família e cuidadora no que diz respeito ao programa de reabilitação e aumento da autonomia | 14/01 – Efetuado ensino à neta sobre estratégias de deglutição, abordar pelo lado afetado, exercícios de automobilização dos membros superiores, a qual esteve recetiva. Explicado a anosognosia e hemihipostesia esquerda, no sentido de prevenir consequências 15/01 – Foi transferida de serviço, não recebeu visitas |

**Apêndice 9 – Plano de sessão e diapositivos da formação intitulada:
Prevenção da espasticidade no doente com AVC - cuidados de enfermagem**



Serviço de Medicina ■ – Formação em serviço
PREVENÇÃO DA ESPASTICIDADE NO DOENTE COM AVC
- CUIDADOS DE ENFERMAGEM -

**Conteúdos
programáticos**

- Enquadramento teórico
- Postura Wernicke-Mann
- Avaliação da espasticidade
- Intervenções de enfermagem na prevenção e tratamento da espasticidade

Métodos

Método expositivo e demonstrativo

Destinatários

Equipa de Enfermagem

Local

Refeitório do serviço

Data

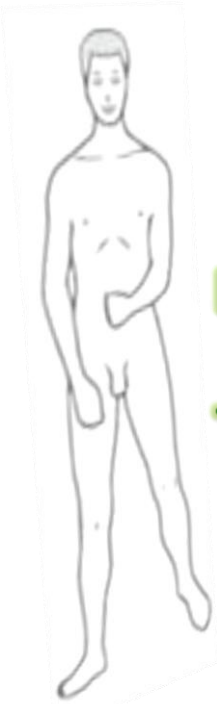
15 de Novembro de 2012

Horário

Das 14h30 às 15h30

Preletores

- Enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação
- Enfermeiro generalista
- Carlos Rodrigues – aluno do 3º mestrado em enfermagem – área de especialização em enfermagem de reabilitação da ESEL



ENSINO CLÍNICO 1

PREVENÇÃO DA ESPASTICIDADE NO DOENTE COM AVC - CUIDADOS DE ENFERMAGEM -

Enfª
Enf
Enf Carlos Rodrigues

Lisboa, 15 de Novembro

SUMÁRIO

- Enquadramento teórico
- Postura Wernicke-Mann
- Avaliação da espasticidade
- Intervenções de enfermagem na prevenção e tratamento da espasticidade

JUSTIFICAÇÃO DO TEMA ESTATÍSTICAS – PORTUGAL

- Incidência de DCV de 31 818 pessoas,
- Segunda doença com maior número de dias de internamento (331 818 dias)
- Taxas de morbilidade por DVC (92,5/100000 habitantes)

(DGS, 2012)

JUSTIFICAÇÃO DO TEMA AVC - DEFINIÇÃO

- “Desenvolvimento rápido de sintomas e/ou sinais focais e por vezes globais (nos doentes em coma), de disfunção neurológica, com sintomas que perduram por um período superior a 24horas podendo resultarna morte sem outra causa aparente que não a de origem vascular” (OMS 2012; 2008)
- O AVC é a 1ª causa de morbilidade em Portugal e a 3ª a nível mundial (DGS 2010)

JUSTIFICAÇÃO DO TEMA SEQUELAS DO AVC

- Diminuição da força e/ou sensibilidade (ex. espasticidade)
- Distúrbios de linguagem
- Distúrbios da deglutição
- Perda de equilíbrio ou coordenação
- Distúrbios visuais
- Incontinência vesical e/ou intestinal

(Ferro, et al., 2006)

JUSTIFICAÇÃO DO TEMA ESPASTICIDADE PÓS AVC

- As lesões do SNC conduzem frequentemente a um aumento do tônus muscular
(Ward, 2012)
- A hipotonia que se verifica após o AVC, normalmente dá lugar a um quadro de hipertonia
(McGuire & Harvey, 1999, Bobath, 1990)
- O impacto da espasticidade nos indivíduos varia entre efeitos relativamente pequenos na qualidade do movimento, a grandes dificuldades na execução das AVD's
(Lianza & al, 2001)

JUSTIFICAÇÃO DO TEMA ESPASTICIDADE - DEFINIÇÃO

Disfunção do controlo sensório-motor, resultante de uma lesão do sistema nervoso central (neurónio motor central) a nível motor, apresentando contracção muscular involuntária permanente ou intermitente, levando a um aumento do tónus muscular.

JUSTIFICAÇÃO DO TEMA FATORES DE RISCO DE ESPASTICIDADE

- Paresia grave inicial e hemihipoestesia
- Limitações motoras do hemicorpo esquerdo
- “Scores” aumentados da escala do AVC do NIHSS
- Tratamento conservador
- Baixa pontuação do índice de motricidade
- Diminuição do status funcional
- Idade jovem
- Fumador

(Urban, et al., 2010; Sommerfeld, et al., 2003; Ryu, et al., 2010)

JUSTIFICAÇÃO DO TEMA ESPASTICIDADE - IMPLICAÇÕES

- Dor
- Redução da mobilidade, limitando o potencial de sucesso da reabilitação
- Afetar a qualidade de vida
- Aumenta a sobrecarga dos cuidadores
- Aumentar risco de quedas e fraturas

(Ward, 2012; Ryu et al, 2010; Lianza & al, 2001)

JUSTIFICAÇÃO DO TEMA PREVALÊNCIA DA ESPASTICIDADE

European Journal of Neurology 2012, 19: 21-27

doi:10.1111/j.1468-1331.2011.03448.x



REVIEW ARTICLE

A literature review of the pathophysiology and onset of post-stroke spasticity

Anthony B. Ward

Faculty of Health, Staffordshire University, Stoke on Trent, UK

Table 1 Studies assessing prevalence of spasticity

| | Study | No. of patients | Time period post-stroke | Prevalence rate |
|--|---------------------------------|--|--|---|
| Short-term studies  21 – 24,5% | Sommerfeld <i>et al.</i> [20] | 95 first-time stroke patients | Immediate (mean = 5 days post-stroke) and 3 months post-stroke | Immediate = 21%, 3 months = 19% |
| | Wissel <i>et al.</i> [21] | 103 post-stroke patients who were previously non-spastic | 6 days, 6 weeks, and 16 weeks post-stroke | 6 days = 24.5%, 6 weeks = 26.7%, 16 weeks = 21.7% |
| | Diserens <i>et al.</i> [32] | 100 first-time acute stroke patients | 1-week post-stroke | Spasticity + no dysautonomia = 27.6%, Spasticity + dysautonomia = 45.1% |
| Medium-term studies | Urban <i>et al.</i> [22] | 211 patients experiencing limb paresis after first-time stroke | 6 months post-stroke | 42.6% |
| Long-term studies  17 – 46% | Watkins <i>et al.</i> [23] | 106 post-stroke patients | 1 year post-stroke | 27% |
| | Lundstrom <i>et al.</i> [24] | 140 first-time stroke patients | 1 year post-stroke | 17%, Disabling spasticity rate = 4% |
| | Bhattacharya <i>et al.</i> [25] | 88 first-time stroke patients | 1 year post-stroke | 46%, Disabling spasticity rate = 33% |
| | Welmer <i>et al.</i> [26] | 66 first-time stroke patients (same study cohort as Sommerfeld <i>et al.</i> [20]) | 1.5 years post-stroke | 20% |

4 – 33% Espasticidade Incapacitante

POSTURA DE WERNICKE-MANN



Cabeça e pescoço

- rotação para o lado sã
- inclinação para o lado mais lesado

Tronco

- inclinação lateral para o lado mais afetado

Membro superior mais afetado

- retração e depressão da escápula umeral
- rotação interna do braço
- flexão com pronação do cotovelo e punho
- mão com desvio cubital
- dedos em flexão e adução

Bacia

Membro inferior mais afetado

- báscula anterior

- rotação externa e extensão coxofemural
- extensão do joelho
- inversão do pé e flexão plantar

(Menoita, 2012)

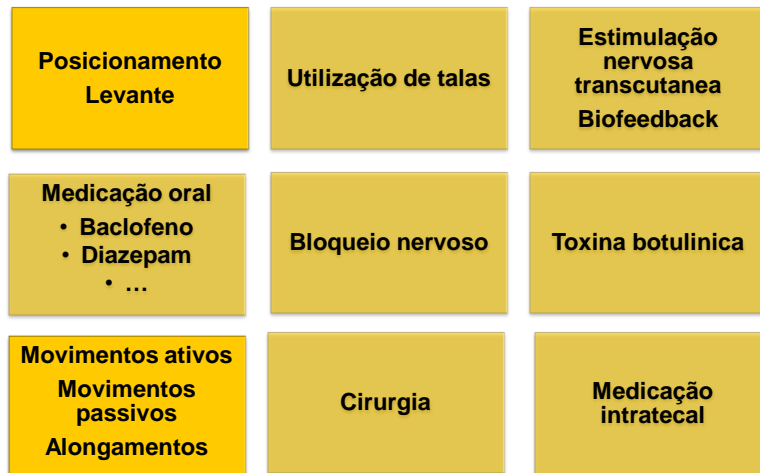
AVALIAÇÃO DA ESPASTICIDADE

Escala de Ashworth modificada

| | |
|----|--|
| 0 | Nenhum aumento de tónus muscular |
| 1 | Leve aumento do tónus, manifestado por um tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular qdo a região é movida em extensão/flexão |
| 1+ | Leve aumento do tónus, manifestado por um tensão abrupta seguida de resistência mínima em menos da metade da amplitude do movimento articular restante |
| 2 | Aumento mais marcado do tónus muscular, durante a maior parte da amplitude do movimento articular, mas a região é movida facilmente |
| 3 | Considerável aumento do tónus muscular, o movimento passivo é difícil |
| 4 | Parte afetada rígida em flexão ou extensão |

INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS NA PESSOA COM ESPASTICIDADE PÓS AVC

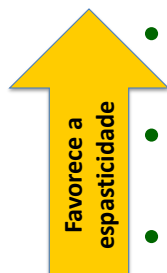
- Intervenção precoce, ou tratamento profilático, pode reduzir ou até prevenir o desenvolvimento de espasticidade após o AVC bem como uma melhoria funcional
(Lianza & al, 2001; Ward, 2012)



(Barnes, 1998; Brainin, et al 2001; Satkunam, 2003; Stevenson, 2010; Seneviratne & Reimer, 2004)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Posicionamentos na cama em padrão antiespástico

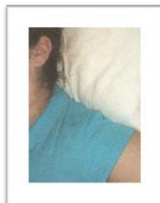


- Decúbito dorsal
- Decúbito lateral para o lado menos afetado
- Decúbito lateral para o lado mais afetado

- Levante para cadeira de rodas
- Ponte

(Davies, 1996; Menoita, 2012; Bobath, 1990; Seneviratne e Reimer, 2004; Smania, et al. 2010)

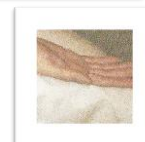
DECÚBITO DORSAL



A cabeça deve ficar apoiada numa almofada e inclinada para o lado menos afetado
A almofada deve chegar até às omoplatas para fazer a sua proteção



O membro superior deve ficar apoiado numa almofada desde o ombro, em ligeira abdução rotação externa e extensão do cotovelo punho e dedos
Os dedos devem ficar em abdução

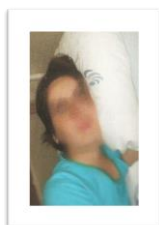


O membro inferior deve ficar apoiado numa almofada desde a bacia até à região popliteia de modo a assegurar ligeira báscula posterior da bacia, ligeira flexão e rotação interna coxo-femural e flexão do joelho



(Menoita, 2012)

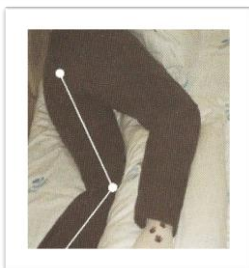
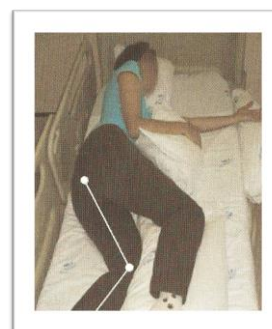
DECÚBITO LATERAL - LADO AFETADO



A cabeça deve ficar apoiada numa almofada mais alta do lado afetado para contrariar a inclinação lateral



O membro superior afetado fica apoiado na cama com abdução e do ombro, cotovelo, punho e dedos em extensão com antebraço em supinação



O membro inferior afetado é posicionado em ligeira flexão da coxo-femural e joelho

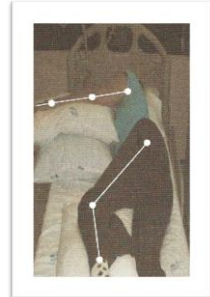
(Menoita, 2012)

DECÚBITO LATERAL - LADO MENOS AFETADO

A cabeça deve ficar apoiada numa almofada mais baixa ou mesmo sem almofada



O membro superior afetado fica apoiado sobre uma almofada de modo a que o ombro fique em protacção e flexão a 90, antebraço em pronação e cotovelo, punho e dedos em extensão com com abdução destes



O membro inferior afetado deve ficar apoiado numa almofada à frente do menos afetado com ligeira flexão da coxofemural e joelho
O pé fica em posição neutra



(Menoita, 2012)

SENTADO EM CADEIRA DE RODAS



O membro superior deverá ficar em posição antiespástica
Os pés devem ficar devidamente apoiados no chão



Se tolerar deverá cruzar o membro inferior menos afetado sobre o afetado (estimulação por carga, corrigir rotação externa da coxofemural e evitar inversão do pé)

(Menoita, 2012)

RESUMO



BIBLIOGRAFIA

- Barnes, Michael (1998) - **Management of spasticity**. (1998), p. 239-245.
- Bobath, Berta (1990) - **Hemiplegia no adulto: Avaliação e tratamento**. São Paulo: Manole, (1990).
- Brainin, Michael et al (2011) - **Poststroke chronic disease management: towards improved identification and interventions for poststroke spasticity-related complications**. (2011), p. 42-46.
- Chatterton, H.; Pomeroy, V.; Gratton, J. (2001) - **Positioning for stroke patients: a survey of physiotherapists' aims and practices**, Disability and Rehabilitation. (2001), Vol. 23, p. 413-421.
- Davies, Patricia. 1996. **Passos a Seguir - Manual para o tratamento da hemiplegia no adulto**. Traduzido por Nelson Oliveira. São Paulo: Manole Biomedicina.
- Direção-Geral da saúde (2010) - **Acidente Vascular Cerebral - Itinerários clínicos**. Lisboa Lidel.
- Direção-Geral da Saúde (2012) - **Morbilidade hospitalar em 2009: serviço nacional de saúde**. Lisboa.
- Esquenazi, Alberto (2011) - **The Human and Economic Burden of Poststroke Spasticity and Muscle Overactivity**, JCOM, (Janeiro 2011).
- Ferro, José; Pimentel, José (2006) - **Neurologia - Princípios, Diagnóstico e Tratamento**, Lousã: Lidel, p. 77-88.
- Francis, H P et al (2004) - **Does reducing spasticity translate into functional benefit? An exploratory meta-analysis**, Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, (2004) p. 1547-1551.
- Fricke, Janet (2010) - **Activities of Daily Living**, Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE), Acedido em julho 2012, disponível em: <http://cirrie.buffalo.edu>.
- Leathley, MJ et al (2004) - **Predicting spasticity after stroke in those surviving to 12 months**, Clinical Rehabilitation, (Junho 2004) pp. 438-443.
- Lianza, S. et al (2001) - **Diagnóstico e Tratamento da Espasticidade**, bibliomed. [Online] 28 Maio 2001, acedido em: 20 de Maio 2012, disponível em: <http://www.bibliomed.com.br/diretrizes/pdf/espasticidade.pdf>.
- Lundstrom, E; Terént, A; Borg, J. (2008) - **Prevalence of disabling spasticity 1 year after first-ever stroke**, European Journal of Neurology (2008) p. 533-539.
- Malhotra, S, et al (2009) - **Spasticity, an impairment that is poorly defined and poorly measured**, Clinical Rehabilitation (Julho 2009) p. 651-658.
- Mandic, Milan; Rancie, Natasa (2011) - **The recovery of motor function in post stroke patients**, MED ARH (2011) Vol. 65, p. 105-108.
- McGuire, JR; Harvey, RL; (1999) - **The prevention and management of complications after stroke**, (1999) p. 857-874.
- Menolta, Elsa Caravela (2012) - **Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC**, Loures: Lusociência.
- OMS (2012) - **Stroke, Cerebrovascular Accident**. WHO. [Online] 2012. Acedido em: 02/02/2012. Disponível em: http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/.
- Ryu, Ju, et al. (2010) - **Factors Predictive of Spasticity and Their Effects on Motor Recovery and Functional Outcomes in Stroke Patients**, Topics in Stroke Rehabilitation. (Setembro-Outubro 2010), p. 380-388.
- Sá, Maria (2009) - **AVC – Primeira Causa de Morte em Portugal**, Revista da Faculdade de Ciências da Saúde (2009) p. 12-19.
- Seneviratne, Cyndee; Reimer, Marlene (2004) - **Neurodevelopmental treatment and stroke rehabilitation: A critique and extension for neuroscience nursing practice**, AXON (dezembro 2004) Vol. 26.
- Smania, N. et al (2010) **Rehabilitation procedures in the management of spasticity**, European journal of physical and rehabilitation medicina, Medicine (Setembro 2010) Vol. 43, p. 423-438.
- Sommerfeld, Disa et al (2003) - **Spasticity After Stroke : Its Occurrence and Association With Motor Impairments and Activity Limitations**, Stroke (Agosto 2003) p. 134-140.
- Stevenson, VL (2010) - **Rehabilitation in practice**, Clinical Rehabilitation (Abril 2010) p. 293-304.
- Urban, Peter et al (2010) - **Occurrence and Clinical Predictors of Spasticity After Ischemic Stroke**, Stroke (Agosto 2010) p. 2016-2020.
- Ward, Anthony (2012) - **A literature review of the pathophysiology and onset of post-stroke spasticity**, European Journal of Neurology (Janeiro 2012) p. 21-27.
- Watkins, CL et al (2002) - **Prevalence of spasticity post stroke**, Clinical Rehabilitation (Agosto 2002) pp. 515-522.

DÚVIDAS



**Apêndice 10 – Espelho de reeducação funcional – justificação da sua
pertinência**

ESPELHO DE REEDUCAÇÃO FUNCIONAL

Justificação sobre a pertinência do espelho de reeducação

No âmbito do EC3 do curso de mestrado em enfermagem – área de especialização em enfermagem de reabilitação foi-me proposto a realização de um espelho de reeducação, aceitei a realização deste equipamento com bastante entusiasmo. Pois, se por um lado esta foi uma das necessidades apontadas pelo serviço é também um excelente equipamento de apoio para utilizar na reabilitação dos doentes aí internados. Por outro lado, outra motivação para a realização deste equipamento relaciona-se com o tema central do meu projeto de estágio, ou seja com as alterações do tônus muscular decorrentes de uma AVC e como veremos adiante o controlo postural assenta num conjunto de padrões de movimentos coordenados e modificações de tônus muscular. A utilização do espelho de reeducação (tal como é designado pela Portaria n.º 1212/2010 publicado em diário da república de 30 de Novembro) é largamente utilizado em reabilitação no que diz respeito ao feedback visual entre outros aspetos por exemplo para correção postural.

O controlo postural é um processo complexo, dinâmico e contínuo que envolve os esforços coordenados de mecanismos aferentes e eferentes. Envolve uma grande variedade de padrões de movimento coordenados e modificação de tônus muscular (Bobath, 1990). O sistema nervoso central é desta forma responsável por programar respostas motoras apropriadas aos estímulos sensoriais que recebe garantindo a posição corporal desejada.

Assim, para que exista um controlo postural adequado para além da resposta motora do sistema nervoso central é fundamental a informação sensitiva enviada por via aferente. Deste modo, tal como refere Lima, Medeiros, & Pace, (2007) os sistemas visuais, vestibular e proprioceptivo estão envolvidos no envio de informações para o sistema de controlo postural e equilíbrio.

A informação propriocetiva, que surge dos recetores tendinosos e musculares, mecanocetores articulares e barocetores profundos fornecem informações sobre o ambiente, permitindo a orientação necessária para o movimento ou repouso. Quando existe uma diminuição ou ausência destas informações, as pessoas dependem exclusivamente do sistema visual para manter o equilíbrio e postura corporal, (Lima, Medeiros, & Pace, 2007) o que ocorre por exemplo em situações de AVC agudo.

O sistema vestibular funciona em articulação com os outros dois para manter o controlo postural e é constituído de três partes: a primeira é um componente sensorial (localiza-se no ouvido interno) está ligado á segunda parte, que é o processador central (localizado na ponte e cerebelo) este recebe e integra os sinais, combinando com informações propriocetivas e visuais enviando para o terceiro componente, o controlo motor que utiliza os músculos oculares e da medula espinhal (Anstey, Lord, Ward, & Williams, 1994).

Dos três sistemas envolvidos no controlo postural, a visão é o mais importante e pode compensar a ausência ou abolição dos outros estímulos sensoriais. É através do sistema visual que recebemos informações sobre a localização e a distância de objetos no ambiente, o tipo de superfície onde se dará o movimento e a posição de determinadas regiões corporais em relação a outras e ao ambiente (Lima, Medeiros, & Pace, 2007). É neste âmbito que creio que se enquadra a importância de utilização do espelho de reeducação em reabilitação do doente com AVC, uma vez que, o sistema visual consegue colmatar a alteração de estímulos propriocetivos que frequentemente os doentes com AVC apresentam.

O objetivo central deste espelho de reeducação é servir como equipamento de feedback visual em doentes internados no serviço do EC3.

A maior dificuldade que me deparei para realização desta atividade surgiu quando iniciei o processo de pesquisa, para justificar a pertinência deste equipamento, nomeadamente, sobre como dividir o espelho e quais as dimensões das quadriculas

mais apropriadas para esta tipologia de doentes (AVC em fase aguda). Nas pesquisas efetuadas (quer na internet, quer a nível de livros) nota-se uma praticamente ausência de documentos que abordem estas temáticas. Estas dúvidas surgiram devido à grande diversidade de manifestações clínicas possíveis que os doentes com AVC podem apresentar e ao facto de pretender que o respetivo espelho reunisse simultaneamente condições para atender às necessidades do maior número de doentes. Se esta preocupação não existisse, a construção de um espelho de reeducação seria fácil consistiria apenas em dividir o espelho em quadrados de 10x10cm. No entanto, tendo consciência dos defeitos de campos visuais que com frequência os doentes internados apresentam, solicitar-lhes para realizar determinado exercício em frente a um espelho repleto de quadrados poderia tornar-se bastante confuso e não cumprir com os objetivos dos respetivos exercícios.

A escolha das dimensões do próprio espelho assentou no pressuposto de ter as menores dimensões capazes de refletir a totalidade do corpo (altura máxima de 190cm e largura máxima de 80cm) a uma distância média de 100cm. Pretendia que o espelho fosse simultaneamente funcional, cumprindo com os seus objetivos e mais fácil de transportar, arrumar e a um menor custo. Assim, após várias experiências optou-se por adquirir um espelho de 160x40cm, pois verificou-se que estas dimensões estavam adequadas quer para refletir a pessoa na posição de sentado, quer na posição de pé.

Posteriormente, quando refleti na utilização do espelho para treinar AVD (como pentear-se, comer e beber, lavar os dentes, entre outras), bem como a realização de exercícios de reeducação dos músculos da face, parece-me que a existência de linhas a dividir o espelho poderiam dificultar realização dessas tarefas. Deste modo, percebi a necessidade da existência de um espelho quadriculado e outro liso. Assim, optei por adquirir outro espelho colá-lo atrás do anterior de forma a construir um espelho de 2 faces, de um lado um espelho liso e de outro lado espelho quadriculado.

No momento de projetar quais as dimensões do espelho, tal como referido anteriormente, deparei-me com a limitação de ausência de bibliografia que sustentasse as várias opções. Parece-me claro que a divisão do espelho se iniciasse do centro para a periferia, ou seja as primeiras linhas a desenhar seriam as centrais (quer horizontal, quer vertical) e todas as restantes partiriam daí, situando-se a mesma distância das primeiras. A ideia de iniciar a divisão do espelho pelo centro prende-se com o facto de transmitir a noção de direita/esquerda e Céfalo-caudal. Um outro aspeto que me pareceu também importante foi o de salientar a linha vertical, pelo optei por construí-la com uma coloração que se salientasse das restantes, uma vez que, frequentemente os doentes com AVC numa fase aguda apresentam distúrbios de negligência hemiespacial, pelo que a existência de uma linha (neste caso optei por utilizar fita cola vermelha de 1cm de largura) que divida claramente o hemicorpo direito do hemicorpo esquerdo pode ser útil na reabilitação destes doentes.

O aspeto que me suscitou maior reflexão para a realização deste trabalho foi quais as dimensões mais adequadas para dividir o espelho de reeducação. Se por um lado, a divisão do espelho em quadrados de 10x10cm aparentava ser as dimensões mais adequadas para correção de defeitos posturais menores, o elevado número e a proximidade de linhas verticais e horizontais poderia de alguma forma poder ser um instrumento que se tornasse inútil pois, a existência de alguns défices tais como: ao nível do campo visual e hipoprosexia poderia limitar a utilização do espelho de reeducação, por incapacidade dos doentes em realizar os exercícios solicitados, por questões não relacionadas com limitações motoras. Perante estes doentes com estas limitações, pareceu-me mais pertinente a divisão do espelho em quadrados de 20x20cm.

Contudo, os doentes sem limitações visuais e de atenção poderiam beneficiar de um espelho de reeducação dividido em quadrados de 10x10cm, uma vez que permitiria ajustes mais pormenorizados da postura corporal.

Pelo que foi referido no parágrafo anterior, a execução de um espelho que permitisse simultaneamente as duas opções (ou seja divisões de 10x10cm e divisões de 20x20cm) seria a escolha acertada. Assim, optei por dividir o espelho em divisões amovíveis de 20x20cm, utilizando para o efeito uma cola de coloração preta com 1cm de largura e dividir estas divisões ao meio com elásticos amovíveis (0.5cm de largura), de modo a que no mesmo espelho fosse possível ter as simultaneamente as opções anteriormente referidas.

Estas divisões amovíveis permitem ainda, a possibilidade transformar o espelho em 3 linhas verticais distanciadas de 10cm e 5 linhas horizontais distanciadas em 20cm. O que de acordo com Almeida & Cecatto (2008) a propósito do síndrome de Pusher, a utilização de espelhos e linhas verticais desenhadas nas paredes, permite ao doente comparar visualmente seu alinhamento de tronco ao da linha na parede e espelho, corrigindo a própria postura quando necessário.



Imagem 1 - Fotografias do espelho de reeducação

Bibliografia

- Almeida, C. I., & Cecatto, R. B. (Agosto de 2008). Síndrome de Pusher após acidente vascular encefálico: relato de caso. *acta de fisiatria*, pp. 195-201.
- Anstey, K., Lord, S., Ward, J., & Williams, P. (Outubro de 1994). Physiological factors associated with falls in older community-dwelling women. *J Am Geriatr Soc.*, pp. 28-31.
- Bobath, B. (1990). *Hemiplegia no adulto: Avaliação e tratamento*. São Paulo: Manole.
- Lima, F., Medeiros, V., & Pace, A. (15 de 07 de 2007). Obtido em 02 de 2013, de Fisioweb:
http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/variedades/idoso_fabiola.htm
- Oliveira, T., Piemonte, M. E., & Voos, M. (Oct./Dec. de 2011). Diretrizes para avaliação e tratamento fisioterapêutico da Síndrome de Pusher: estudo de caso. *Fisioterapia e Pesquisa*, 18.

**Apêndice 11 – Espelho de reeducação funcional – diapositivos da
apresentação**



4º Curso de Mestrado de Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

PASSOS PARA CONSTRUÇÃO DE UM ESPELHO DE REEDUCAÇÃO FUNCIONAL

Realizado por:
Carlos Rodrigues
Ricardo Braga

07 de Maio de 2013



ESPELHO DE REEDUCAÇÃO FUNCIONAL

- Como surgiu a ideia...
 - Necessidade do serviço
 - Benefícios na reabilitação de doentes com AVC, (por exemplo no controlo postural através do feedback visual)
 - relaciona-se com o tema central projeto de estágio (as alterações do tónus muscular decorrentes de um AVC)
 - Portaria nº 1212/2010 publicado em DR de 30 de Novembro

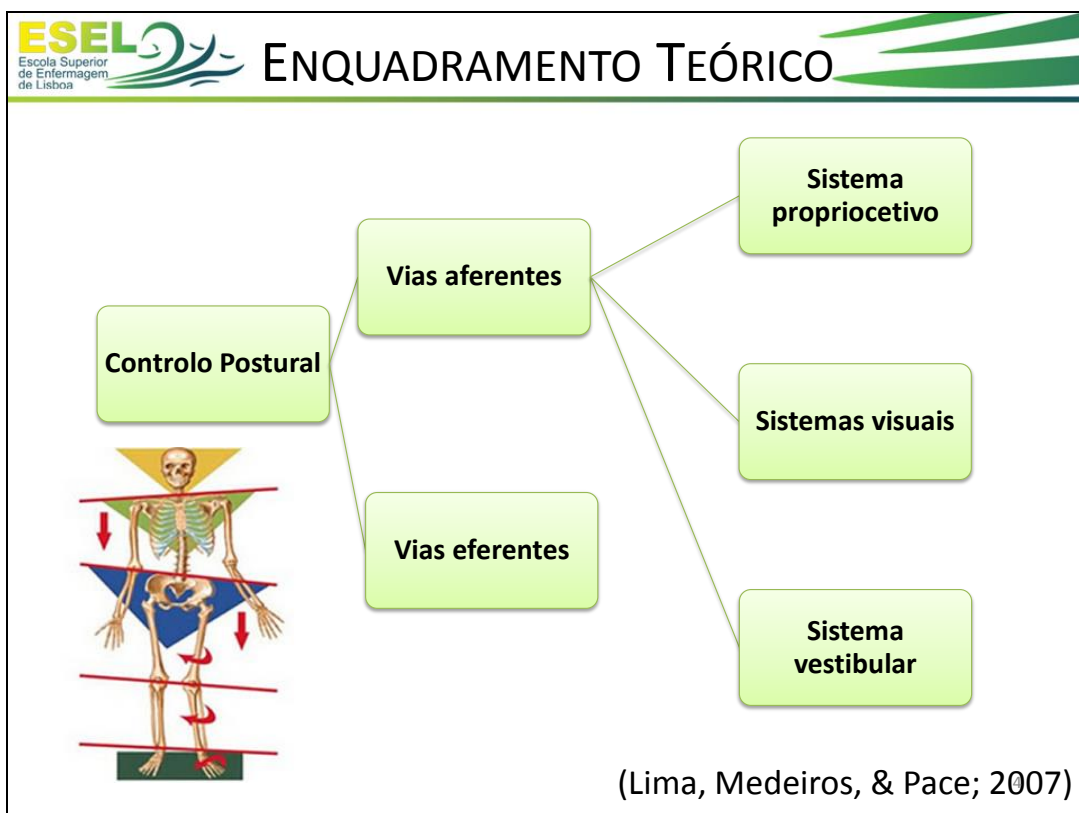
ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Controlo Postural

- Processo complexo, dinâmico e contínuo que envolve os esforços coordenados de mecanismos aferentes e eferentes (Bobath, 1990);
- Envolve uma grande variedade de padrões de movimento coordenados e modificação de tónus muscular (Bobath, 1990);

3



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

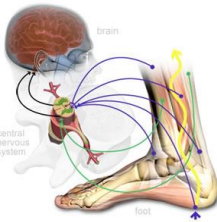
Sistema propriocetivo

- Surge dos recetores tendinosos e musculares, mecanocetores articulares e barocetores profundos

↓

- Informações sobre o ambiente,
- Permite a orientação necessária para o movimento ou repouso.

(Lima, Medeiros, & Pace, 2007)



5

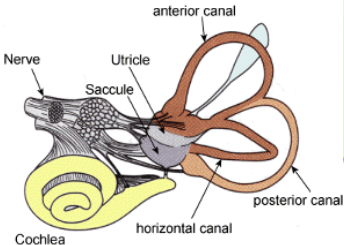
ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Sistema Vestibular

- Articula-se com os outros dois para manter o controlo postural e é constituído de três partes:
 - 1ª componente sensorial (localiza-se no ouvido interno)
 - 2ª processador central (localizado na ponte e cerebelo) este recebe e integra os sinais, combinando com informações propriocetivas e visuais
 - 3ª controlo motor que utiliza os músculos oculares e da medula espinhal.

(Anstey, Lord, Ward, & Williams, 1994)



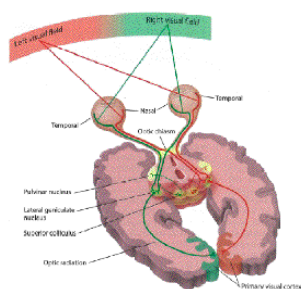
6

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Sistema Visual

- Recebe informações sobre:
 - a localização e a distância de objetos no ambiente,
 - o tipo de superfície onde se dará o movimento e a posição de determinadas regiões corporais em relação a outras e ao ambiente.

(Lima, Medeiros, & Pace, 2007)



ENQUADRAMENTO TEÓRICO

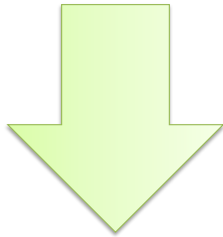
Sistema Visual

- Quando existe uma diminuição ou ausência das informações propriocetivas, as pessoas dependem exclusivamente do sistema visual para manter o equilíbrio e postura corporal.
- A visão é o mais importante e pode compensar a ausência ou abolição dos outros estímulos sensoriais.

(Lima, Medeiros, & Pace, 2007)

8

Quais as características de um espelho de reeducação ideal?



- Quais as dimensões do espelho?
- O espelho deve ou não ser dividido em quadrados?
- Quais as dimensões desses quadrados?

Servir como equipamento de feedback visual na reabilitação de doentes internados na Unidade de Cerebrovasculares.

9

Quais as características de um espelho de reeducação ideal?

Sequelas do AVC


- Diminuição da força e/ou sensibilidade
- Distúrbios de linguagem
- Distúrbios da deglutição
- Perda de equilíbrio ou coordenação
- Distúrbios visuais
- Incontinência vesical e/ou intestinal
-

Ferro, et al., 2006

10



ESPELHO DE REEDUCAÇÃO FUNCIONAL




- Dimensões 1,60x40cm (dupla face)
 - reflete a totalidade do corpo a uma distancia de 1metro
 - funcional
 - fácil de transportar e arrumar
 - Menor custo
- Treino de atividades de vida (como pentear-se, comer e beber, lavar os dentes, entre outras),
- Realização de exercícios de reeducação dos músculos da face (exercícios oro-faciais)

11




ESPELHO DE REEDUCAÇÃO FUNCIONAL

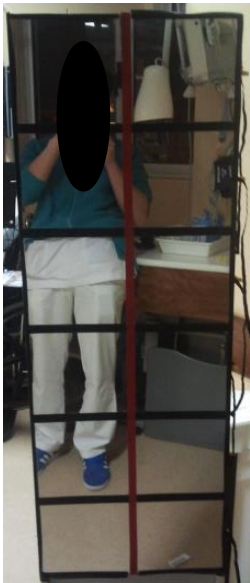


- Espelho quadriculado com divisões de 10x10cm
 - Doentes sem limitações visuais nem de atenção (correções mais pormenorizados da postura corporal)
- Linha vermelha vertical ao centro
 - Doentes com distúrbios de negligencia hemiespacial, permitindo separação clara do hemicorpo direito do esquerdo
- Diferentes larguras das linhas separadoras
 - Permitem uma visão mais facil

12




ESPELHO DE REEDUCAÇÃO FUNCIONAL



- Espelho quadriculado com divisões de 20x20cm
 - Doentes com limitações ao nível do campo visual e hipoprosopia
- Síndrome de Pusher
 - As divisões amovíveis permitem dividir o espelho em 3 linhas verticais e 5 linhas horizontais

13



BIBLIOGRAFIA

- Almeida, C. I., & Cecatto, R. B. (Agosto de 2008). Síndrome de Pusher após acidente vascular encefálico: relato de caso. *acta de fisiatria*, pp. 195-201.
- Anstey, K., Lord, S., Ward, J., & Williams, P. (Outubro de 1994). Physiological factors associated with falls in older community-dwelling women. *J Am Geriatr Soc.*, pp. 28-31.
- Bobath, B. (1990). *Hemiplegia no adulto: Avaliação e tratamento*. São Paulo: Manole.
- Lima, F., Medeiros, V., & Pace, A. (15 de 07 de 2007). Obtido em 02 de 2013, de Fisioweb: http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/variedades/idoso_fabiola.htm
- Oliveira, T., Piemonte, M. E., & Voos, M. (Oct./Dec. de 2011). Diretrizes para avaliação e tratamento fisioterapêutico da Síndrome de Pusher: estudo de caso. *Fisioterapia e Pesquisa*, 18.

14

Apêndice 12 – Modelo *life-style performance*

MODELO *LIFE-STYLE PERFORMANCE*

O modelo *life-style performance* assenta na crença de que a QdV é o único tema comum no desempenho humano. A integridade física, psicológica, orientação interpessoal, bem como um estado de harmonia ou uma sensação de bem-estar podem ser interrompidas quer por condições internas da pessoa, quer por barreiras ou limitações do ambiente. O ultrapassar da quebra dum estado de harmonia e homeostasia é fundamental. “A relação entre as habilidades de uma pessoa, limitações e expectativas, e as características, valores e expectativas da família e da comunidade é visto como a definição das dimensões da congruência entre a pessoa e o meio ambiente” (Fidler, 1996, p. 143) (trad. do autor).

Deste modo, o profissional deve guiar o planeamento das suas intervenções em 4 domínios: auto-cuidado, a contribuição social, o envolvimento interpessoal e a gratificação intrínseca. Embora cada um destes domínios de atividade seja caracterizado como tendo um propósito distinto, os domínios não são entidades independentes. Pelo contrário, são parte integrante de um estilo de vida, um modo de vida que tem significado na definição e expressão de uma identidade pessoal e social e um autorrespeito (Fidler, 1996).

O autocuidado (no contexto deste modelo) é entendido como cuidar de si mesmo e manter-se como autodependente de acordo com as suas necessidades e capacidades pessoais, sendo uma expressão de cuidados a si mesmo, mas também aos outros. A contribuição social relaciona-se com a construção de uma autoidentidade enquanto membro produtivo da sociedade, o cumprimento das necessidades e o bem-estar dos outros é outra dimensão fundamental na evolução de uma forma satisfatória de vida. O envolvimento interpessoal tem como objetivo contribuir para o cumprimento das necessidades e do bem-estar dos outros pois, segundo a autora, o sentido de aceitação pessoal, de dignidade humana e interpessoal só é possível através de encontros e relacionamentos com outros seres humanos. Por fim, a gratificação intrínseca resultante do desenvolvimento e manutenção de relações interpessoais recíprocas, relaciona-se com exploração de

padrões de atividade relacionados com a busca dos interesses pessoais, prazer e alegria (Fidler, 1996).

Ainda de acordo com o modelo de Fidler, para a realização de um plano de cuidados de reabilitação é fundamental a resposta às seguintes questões:

o que é que a pessoa precisa para ser capaz de fazer, isto é, quais são as competências de desempenho essenciais e em que nível? O que é que a pessoa é capaz de fazer? Isto é, quais são os pontos fortes, capacidades e interesses da pessoa e do ambiente externo, que possam ser usados para permitir a intervenção bem-sucedida? O que é que a pessoa é incapaz de fazer, que fatores internos e externos interferem e como devem ser tratadas? Que intervenções devem ser realizadas e em que ordem de prioridade, de modo a que a pessoa seja capaz de se mover em direção a satisfação das necessidades de desempenho de estilo de vida e suas expectativas? Quais são as características e padrões de atividade e do ambiente que irão melhorar a QdV dessa pessoa? (Fidler, 1996, p. 145) (trad. do autor).

**Apêndice 13 – Diapositivos de apresentação de planos de cuidados
especializados de enfermagem de reabilitação para um doente com DPOC**



3º Curso de Mestrado de Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação


Ensino clínico

PESSOA COM DPOC
ESTUDO DE CASO
INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO

Realizado por:
Carlos Miguel Nunes Rodrigues

Orientador por:
Professora Vanda Marques Pinto

Janeiro, 2013




Sumário

- Apresentação do caso clínico
- Plano de cuidados de enfermagem de reabilitação
- Preparação alta



Caso clinico - Apresentação

| FATORES CONDICIONANTES BÁSICOS | | | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------|-----------|--|---------------------------|----------|-------------------------|
| Nome | LM | | | Nome como deseja ser tratado | | | Luís |
| Idade | 67A | Gênero | M | Estado Civil | Divorciado | Religião | Católico não praticante |
| Língua | Português | | Raça | Caucasiano | Condições socioeconómicas | | |
| Escolaridade | 6ºano | | Profissão | Reformado (ex-trabalhador de fábrica de produtos de papelaria) | | | |
| Condições ambientais e habitacionais | Reside com a filha num apartamento | | | | | | |
| Agregado Familiar | Filha, genro e neto | | | | | | |
| Pessoas Significativas | Filha (Ana -910 000 000) | | | | | | |



Caso clinico - Apresentação

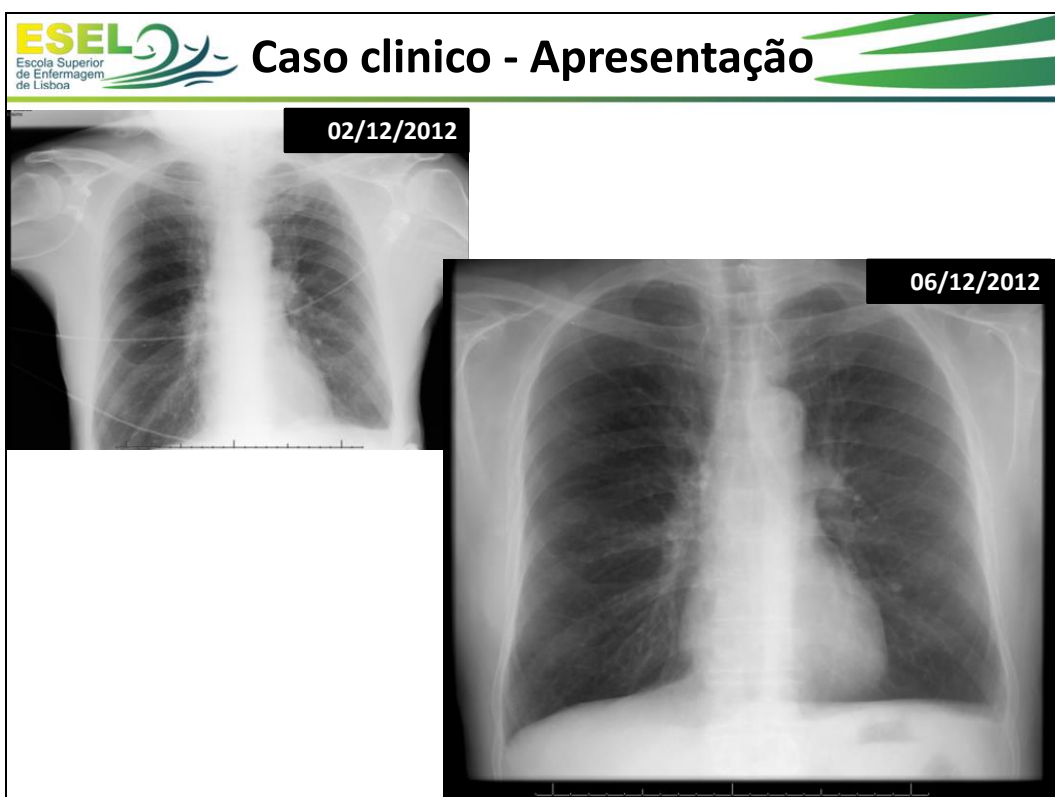
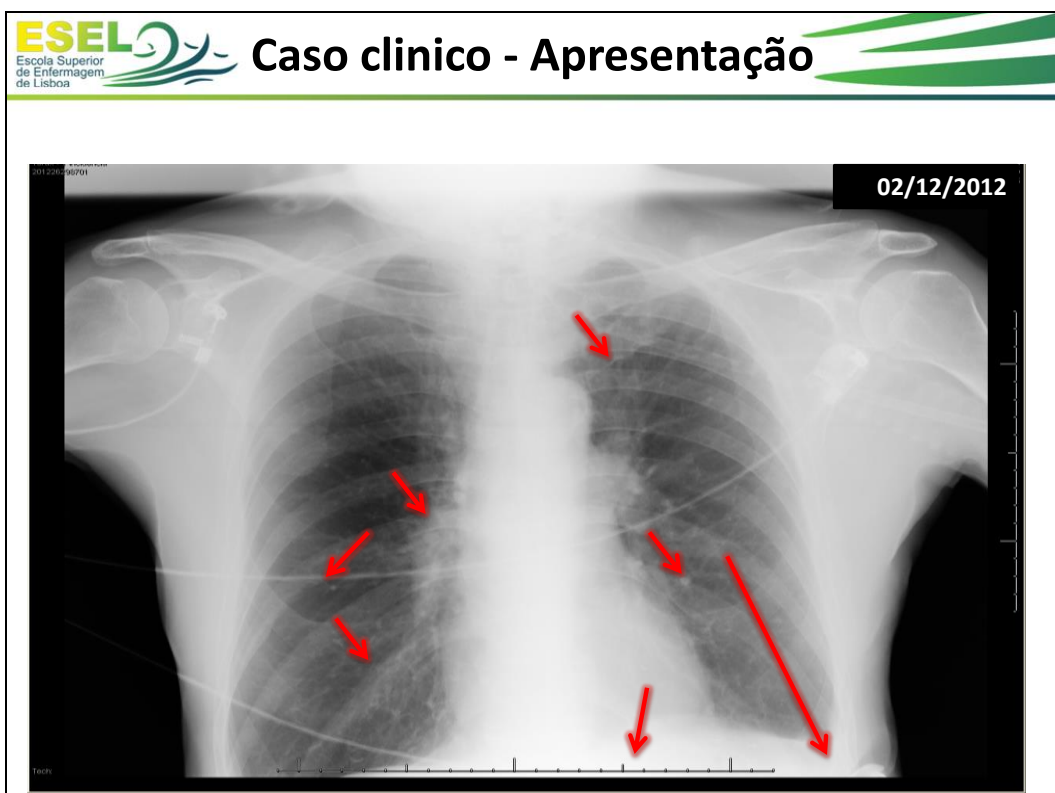
| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIOS DE SAÚDE | | | |
|--|--|--|------------|
| Data de Internamento | 03/12/2012 – Serviço de pneumologia | | Alergias |
| | | | Desconhece |
| Diagnóstico de internamento | DPOC GOLD IV agudizada (FEV1=21%), Insuficiência respiratória crónica agudizada com acidemia respiratória com necessidade VNI, Traqueobronquite aguda, HTA | | |
| História clínica | - História de exposição a fatores de risco (ex-trabalhador de fábrica de produtos de papelaria – contato com odores de colas, papel, ...) e ex-fumador desde há 7 anos (80 UMA); - Seguido em Consulta DPOC Desde 2009 (Último Internamento em maio/2012 por DPOC agudizada por traqueobronquite); - Foi ao SU por quadro de dificuldade respiratória com início na noite associado a quadro de tosse e expectoração mucosa na última semana | | |
| História de familiar de doenças | | | |
| Medicação habitual | Serevent, Atrivent, Beclotade Forte, Ventilan, Filotempo, Omeprazol, Fluimucil, Iercanidipina, atorvastatina, amiloride+hidroclorotiazida. | | |
| Conhecimento e expectativas sobre a condição de doença | Utente | - Doente tem conhecimento da doença, encara-a como uma doença crónica, conhece estratégias para lidar com a mesma, - Doente Conhece as suas limitações nomeadamente no que se refere à intolerância à atividade, no entanto espera melhorar de modo a que a influência nas suas AVD's seja reduzida - Demonstra interesse em aprender a alterar/adaptar comportamentos | |
| | Família | | |

Caso clinico - Apresentação

| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESENVOLVIMENTO | |
|---|---|
| Grandes mudanças na vida | Mudança de residência desde maio (foi residir com a filha, pois o seu apartamento é um duplex com escadas no interior), no entanto não revela ansiedade, nem tristeza com a situação. Sente-se mais próximo do neto, colabora na sua educação. |
| Como o doente os enfrenta novos desvios do crescimento e desenvolvimento, quem ou o que o apoia | Refere ser uma “pessoa com muita sorte sempre teve muito apoio da família, filha e irmã e cunhado” |
| Novos requisitos da sua condição de doença | <ul style="list-style-type: none"> - Adequar realização das AVD's e esforços à sua capacidade de tolerar - Aprendizagem de exercícios específicos de técnicas respiratórias e exercícios gerais - Gestão de situações de crise |

Caso clinico - Apresentação

| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|--|--|-------------------------------------|--|
| Manutenção de uma quantidade suficiente de ar | | | | | | | | | |
| Tosse | <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente | | Expetoração | <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente | | Dispneia | <input checked="" type="checkbox"/> Repouso <input type="checkbox"/> Esforço | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Seca | | | <input type="checkbox"/> Serosa <input checked="" type="checkbox"/> Mucosa | | | <input type="checkbox"/> Ortopneia <input type="checkbox"/> Paroxística | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Ineficaz | | | <input checked="" type="checkbox"/> Purulenta | | | <input type="checkbox"/> Noturna <input type="checkbox"/> Platipneia | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Hemoptoica | | | | <input type="checkbox"/> Trepopneia | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Hemoptise | | | | Escala numérica ____/10 | |
| | | | | | | | | Escala Borg Modificada <u>2</u> | |
| Características da respiração | | Frequência | <u>36</u> cr/min | Ritmo | <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Cheyne-Stokes <input type="checkbox"/> Kussmaul <input type="checkbox"/> Biot | | | | |
| | | Padrão | <input checked="" type="checkbox"/> Costal <input type="checkbox"/> Diafragmática | | | Amplitude | <input checked="" type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Profunda | | |
| | | Simetria | <input checked="" type="checkbox"/> Simétrico | | SpO2 | <u>98</u> % sem O2 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Assimétrico | | | | <u>89</u> % com O2 <u>2l/min</u> | | | |
| Palpação do Tórax | | Antero-superior - <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuído | | | Pôsterio-superior - <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuído | | | | |
| | | Antero-inferior - <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuído | | | Pôsterio-inferior - <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuído | | | | |
| Palpação Traqueia | | <input type="checkbox"/> Normal | | | Vibrações Vocais | | <input type="checkbox"/> Som claro Pulmonar <input type="checkbox"/> Hípe ressonante | | |
| | | <input type="checkbox"/> Desvio dta <input type="checkbox"/> Desvio esq | | | | | <input type="checkbox"/> Maciço | | |
| Auscultação pulmonar | | Pulmão direito | MV globalmente diminuído com discretos ferveores e ronos no terço médio | | | | | | |
| | | Pulmão esquerdo | MV diminuído com discretos ferveores na base | | | | | | |
| | | Traqueia | | | | | | | |
| Toracalgia | | <input type="checkbox"/> Localizada <input type="checkbox"/> Irradiada <input type="checkbox"/> Reflexa | | Intensidade | <u>___</u> /10 | | Tipo dor | | |
| Coloração pele e mucosas | | <input checked="" type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Cianose periférica <input checked="" type="checkbox"/> Cianose central (lábios) | | | | | | | |
| Hipocratismo digital | | <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Ausente | | Tipos de tórax | | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Escavado | | | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Quilha de navio <input type="checkbox"/> Sino | | | |
| Fatores de risco respiratórios | | Ex-fumador + exposição laboral a produtos químicos (cola) | | | | | | | |





ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Caso clínico - Apresentação


| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS | | | |
|---|--|---|--|
| Manutenção de uma quantidade suficiente de ar | | | |
| TA - <u>140/97</u> mmHg | P - <u>120</u> p/min <input type="checkbox"/> Rítmico <input checked="" type="checkbox"/> Arritmico <input checked="" type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme | T- <u>36,6</u> °C | |
| Radiografia do Tórax | (02/12) Aplanamento da hemicúpula diafragmática esquerda, apagamento do seio costofrénico desse lado, discreto espessamento hilar e alterações enfisematosas pulmonares associadas a pequenos segmentos de bronquiectasia. | | |
| Gasometria Arterial | 03/12/2012 <input checked="" type="checkbox"/> Oxigénio a <u>1</u> l/min <input type="checkbox"/> Ar ambiente | PaO ₂ <u>57,8</u> mmHg (80-100) PaCO ₂ <u>52</u> mmHg (35-45) HCO ₃ ⁻ <u>29,7</u> mEq/L (22-26) | pH <u>7,4</u> (7,35-7,45) SO ₂ <u>91</u> % |
| Conhecimentos e expectativas sobre a manutenção de uma quantidade suficiente de ar | Utente | Demonstra conhecimento sobre como gerir habitualmente as implicações da sua doença, embora revele fica assustado com episódios de crise | |
| | Agente de cuidados dependente | | |



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Caso clínico - Apresentação

| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS | | | | |
|---|--|-------------------------|--|---|
| Manutenção da ingestão suficiente de água e alimentos | | | | |
| Hábitos alimentares e hidratação | Nº de refeições/dia | Habitualmente 4/dia | Quantidade de líquidos/dia | +- 1l |
| | Restrições alimentares | | Tipo de líquidos/preferências | Água e sumos |
| | Alimentos que não gosta | Não apresenta | | |
| | Preferências alimentares | | | |
| Método de alimentação | <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Parentérica <input type="checkbox"/> Gastrostomia percutânea | Disfagia | <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Ausente | <input type="checkbox"/> Dificuldade em mastigar <input type="checkbox"/> Incapacidade de deglutir líquidos <input type="checkbox"/> Incapacidade de deglutir sólidos |
| Dentição | <input checked="" type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta | Prótese dentária | <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Inferior | |
| Lesões na cavidade oral | <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Ausente | | | |
| Alterações na salivação | <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente | | | |
| Estado nutricional | Peso- <u>63</u> Kg | Altura - <u>1,69</u> cm | IMC - <u>22,1</u> | <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Obeso |



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Caso clinico - Apresentação


| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS | | |
|---|--|---|
| Manutenção da ingestão suficiente de água e alimentos | | |
| V Trigêmeo | Movimentos de mastigação e deglutição Movimentos do maxilar inferior para ambos os lados Sensibilidade superficial da face (frontal/malar/maxilar inferior) | Sem alterações |
| VII Facial | Simetria facial Presença de tiques faciais Sorrir / Elevar Sobrancelhas / Franzir a testa / Soprar / Assobiar Reconhecimento de sabores 2/3 anteriores da língua (doce/salgado/amargo) Hiperacusia Dificuldade em manter alimentos/líquidos no lado afetado | Sem alterações |
| IX Glosssofaríngeo | Reconhecimento de sabores doce e salgado (1/3 posterior da língua) | Sem alterações |
| X Pneumogástrico | Reflexo do vômito Alteração do tom de voz Rouquidão/Fadiga vocal Eficácia da tosse Elevação do palato mole e úvula ("dizer aahh") | Sem alterações |
| XI Espinhal | Rotação da cabeça (lesão contra lateral) Inclinação da cabeça Paresia dolorosa Elevação dos Ombros (lesão homolateral) | Sem alterações |
| XII Grande Hipoglosso | Simetria da língua Movimentos da língua no in/exterior da cavidade oral Desvio da Úvula Acumulação de saliva na fossa piriforme | Sem alterações |
| Conhecimentos e expectativas | Utente | Explicado a importância de um reforço de ingestão hídrica e uma alimentação equilibrada |
| | Agente de cuidados dependente | |
| ECD | I | |



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Caso clinico - Apresentação

| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS | | |
|--|--|---------------------------------|
| Provisão de cuidados associados a processos de eliminação e excreção | | |
| Eliminação urinária | | |
| Hábitos de eliminação vesical | Continente, sem sintomas associados | Dispositivos urinários/ostomias |
| Sintomas urinários | <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Algúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Polaquiúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Tenesmo <input type="checkbox"/> Enurese <input type="checkbox"/> Nictúria <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Gotejamento inicial ou terminal <input type="checkbox"/> Piúria | |
| Perturbações do controlo miccional | <input type="checkbox"/> Retenção urinária sem perdas de urina <input type="checkbox"/> Incontinência de esforço <input type="checkbox"/> Retenção urinária com perdas de urina por refluxo <input type="checkbox"/> Incontinência de urgência <input type="checkbox"/> Disfunção vesico-esfinteriana neurogénica reflexa <input type="checkbox"/> Incontinência funcional <input type="checkbox"/> Disfunção vesico-esfinteriana neurogénica autónoma | |
| Avaliação da Incontinência | Início/duração | |
| | Fatores precipitantes | |
| | Quantidade de perdas | |
| | Consegue interromper a micção | |
| | Como gere a incontinência | |
| | Impacto na sua vida diária | |
| | Sensação de plenitude vesical | |
| | Mobilidade/coordenação motora | |
| | Observação/palpação abdominal | |
| | Condições da pele do perineo | |
| Conhecimentos e expectativas | Utente | |
| | Agente de cuidados dependente | |



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Caso clinico - Apresentação

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS
Provisão de cuidados associados a processos de eliminação e excreção

| Eliminação urinária | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|--|
| Rotinas intestinais (hora e dia) | Normalmente 1 vez de manhã | Padrão | <input type="checkbox"/> Obstipação <input checked="" type="checkbox"/> Padrão Normal <input type="checkbox"/> Diarreia |
| Última dejeção | 02/12/2012 | Características | <input type="checkbox"/> Duras <input checked="" type="checkbox"/> Moldadas <input type="checkbox"/> Pastosas <input type="checkbox"/> Líquidas |
| Perturbações anteriores | | Perturbações da eliminação intestinal | <input checked="" type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Incontinência Neurogénica Autónoma <input type="checkbox"/> Incontinência Neurogénica Reflexa <input type="checkbox"/> Incontinência Neurogénica Desinibida |
| Hábitos para estimular a defecação | | | |
| Conhecimentos e expectativas | Utente | | |
| | Agente de cuidados dependente | | |



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Caso clinico - Apresentação

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS
Provisão de cuidados associados a processos de eliminação e excreção

| Cuidados de higiene pessoal e banho | | |
|---|--|---|
| Hábitos de higiene pessoais e banho | Banho diário, autónomo | |
| Nível de independência no banho (lavar o corpo) | Refere limitações para lavar 1/2 inferior do corpo, principalmente segmentos mais distais, refere ficar mais cansado | |
| Utilização de produtos de apoio | | |
| Higiene | Higiene oral | Dificuldade por intolerância ao esforço |
| | Higiene facial | |
| | Pentear o cabelo | Dificuldade por intolerância ao esforço |
| | Barbear | |
| | Maquilhar | |
| Vestuário 1/2 Superior | Banho | Dificuldade por intolerância ao esforço |
| | Camisola | Dificuldade por intolerância ao esforço |
| | Camisa Casacos | |
| Vestuário 1/2 Inferior | Soutien | |
| | Calças | Dificuldade por intolerância ao esforço |
| Calçado | Meias Elásticas | |
| | Meias | Dificuldade por intolerância ao esforço |
| Outros | Sapatos | Dificuldade por intolerância ao esforço |
| | Dar o laço | |
| | Fechos | |
| | Botões | |
| Conhecimentos e expectativas sobre os cuidados de higiene pessoal, banho, vestir e despir | Utente | Revela desconhecimento sobre técnicas específicas de conservação de energia |
| | Agente de cuidados dependente | |



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Caso clinico - Apresentação

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS

Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso

| Auto-cuidados | A - Alimentação | 7 | Níveis |
|---------------------------------|---|------------|--|
| | B - Higiene Pessoal | 7 | |
| | C - Banho | 4 | Independência |
| | D - Vestir metade superior | 4 | |
| | E - Vestir metade inferior | 4 | 7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal) 6 – Independência modificada (ajuda técnica) |
| | F - Utilização da sanita | 7 | |
| Controlo dos Esfincteres | G - Bexiga | 7 | Dependência modificada |
| | H - Intestino | 7 | |
| Mobilidade | I - Transferência cama, cadeira, Cadeira de rodas | 7 | Dependência Completa |
| | J - Sanita | 7 | |
| | K - Banheira, Duche | 7 | |
| Locomoção | L - Marcha / Cadeira de rodas (M/C) | 5 | 2 – Ajuda Máxima (Indivíduo participa em ≥25%) 1 – Ajuda total (Indivíduo participa em ≤25%) |
| | M - Escadas | 1 | |
| Comunicação | N - Compreensão (AV) | 7 | |
| | O - Expressão (V/N) | 7 | |
| Cognição Social | P - Interação social | 7 | |
| | Q - Resolução de problemas | 7 | |
| | R - Memória | 7 | |
| Total | | 109 | |

➔

Alta - 126



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Caso clinico - Apresentação

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS

Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso

| | | | | | |
|------------|---|---------------------|--|----------------------------------|--------|
| Dor | <input type="checkbox"/> Sim | Localização | | Intensidade (escala numérica) | ___/10 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Não | | | | |
| | | Fatores que aliviam | | | |
| | Fatores precipitantes | | | | |

| | | | | |
|-------------|---|--------------------|-----------------------------------|-------------|
| Sono | Padrão de sono | 2 h/dia | Hora a que habitualmente se deita | ___h ___min |
| | <input type="checkbox"/> Insónia inicial <input type="checkbox"/> Insónia termina <input type="checkbox"/> Sono não reparador | | | |
| | | Medicação habitual | | |



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Caso clinico - Apresentação

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS
Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso

Avaliação da força muscular - Escala de Lower

| | Flexão | Extensão | Flexão lateral direita | Flexão lateral esquerda | Rotação para direita | Rotação para esquerda | | | |
|---------------------------------|--------|----------|------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------|----------------|--------------------|
| CABEÇA E PESCOÇO | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | | | |
| MEMBRO SUPERIOR DIREITO | Flexão | Extensão | Adução | Abdução | Rotação Interna Pronação | Rotação Externa Supinação | Desvio radial | Desvio cubital | Oponência elevação |
| Escapulo Umeral | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | | | 5 |
| Cotovelo | 5 | 5 | | | | | | | |
| Antebraço | | | | | 5 | 5 | | | |
| Punho | 5 | 5 | | | | | 5 | 5 | |
| Dedos | 5 | 5 | 5 | 5 | | | | | |
| Polegar | 5 | 5 | 5 | 5 | | | | | 5 |
| MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO | Flexão | Extensão | Adução | Abdução | Rotação Interna Pronação | Rotação Externa Supinação | Desvio radial | Desvio cubital | Oponência elevação |
| Escapulo Umeral | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | | | 5 |
| Cotovelo | 5 | 5 | | | | | | | |
| Antebraço | | | | | 5 | 5 | | | |
| Punho | 5 | 5 | | | | | 5 | 5 | |
| Dedos | 5 | 5 | 5 | 5 | | | | | |
| Polegar | 5 | 5 | 5 | 5 | | | | | 5 |



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Caso clinico - Apresentação

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS
Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso

| | Flexão | Extensão | Adução | Abdução | Rotação Interna Inversão | Rotação Externa Eversão | Escala de Lower | |
|---------------------------------|--------|----------|--------|---------|--------------------------|-------------------------|-----------------|--|
| MEMBRO INFERIOR DIREITO | Flexão | Extensão | Adução | Abdução | Rotação Interna Inversão | Rotação Externa Eversão | | |
| Coxo-fémural | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | Movimento normal contra gravidade e resistência |
| Joelho | 5 | 5 | | | | | 4 | Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força |
| Tibio-tarsica | 5 | 5 | | | 5 | 5 | | |
| Dedos | 5 | 5 | 5 | 5 | | | 3 | Raio de movimento completo contra gravidade, não contra resistência. |
| MEMBRO INFERIOR ESQUERDO | Flexão | Extensão | Adução | Abdução | Rotação Interna Inversão | Rotação Externa Eversão | | |
| Coxo-fémural | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 2 | Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade, a pessoa consegue mover o membro na base da cama |
| Joelho | 5 | 5 | | | | | 1 | Observa-se contração palpável e ou visível sem movimento |
| Tibio-tarsica | 5 | 5 | | | 5 | 5 | 0 | Sem contração muscular e sem movimento |
| Dedo | 5 | 5 | 5 | 5 | | | | |



Caso clínico - Apresentação

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS
 Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso

Avaliação da espasticidade - Escala de Ashworth modificada

| | Flexão | Extensão | Flexão lateral direita | Flexão lateral esquerda | Rotação para direita | Rotação para esquerda |
|-------------------------|--------|----------|------------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------|
| CABEÇA E PESCOÇO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| MEMBRO SUPERIOR DIREITO | Flexão | Extensão | Adução | Abdução | Rotação Interna Pronação | Rotação Externa Supinação | Desvio radial | Desvio cubital | Oponência elevação |
|-------------------------|--------|----------|--------|---------|--------------------------|---------------------------|---------------|----------------|--------------------|
| Escapulo Umeral | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | 0 |
| Cotovelo | 0 | 0 | | | | | | | |
| Antebraço | | | | | 0 | 0 | | | |
| Punho | 0 | 0 | | | | | 0 | 0 | |
| Dedos | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | |
| Polegar | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | 0 |

| MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO | Flexão | Extensão | Adução | Abdução | Rotação Interna Pronação | Rotação Externa Supinação | Desvio radial | Desvio cubital | Oponência elevação |
|--------------------------|--------|----------|--------|---------|--------------------------|---------------------------|---------------|----------------|--------------------|
| Escapulo Umeral | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | 0 |
| Cotovelo | 0 | 0 | | | | | | | |
| Antebraço | | | | | 0 | 0 | | | |
| Punho | 0 | 0 | | | | | 0 | 0 | |
| Dedos | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | |
| Polegar | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | 0 |



Caso clínico - Apresentação

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS
 Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso

| MEMBRO INFERIOR DIREITO | Flexão Bâscula anterior | Extensão Bâscula posterior | Adução | Abdução | Rotação Interna Inversão | Rotação Externa Eversão |
|-------------------------|-------------------------|----------------------------|--------|---------|--------------------------|-------------------------|
| Coxo-femural | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Joelho | 0 | 0 | | | | |
| Tibio-tarsica | 0 | 0 | | | 0 | 0 |
| Dedos | 0 | 0 | 0 | 0 | | |

| MEMBRO INFERIOR ESQUERDO | Flexão Bâscula anterior | Extensão Bâscula posterior | Adução | Abdução | Rotação Interna Inversão | Rotação Externa Eversão |
|--------------------------|-------------------------|----------------------------|--------|---------|--------------------------|-------------------------|
| Coxo-femural | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Joelho | 0 | 0 | | | | |
| Tibio-tarsica | 0 | 0 | | | 0 | 0 |
| Dedos | 0 | 0 | 0 | 0 | | |

| Escala de Ashworth Modificada | |
|-------------------------------|---|
| 0 | Nenhum aumento de tônus muscular |
| 1 | Leve aumento do tônus, manifestado por um tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular quando a região é movida em extensão/flexão |
| 1+ | Leve aumento do tônus, manifestado por um tensão abrupta seguida de resistência mínima em menos da metade da amplitude do movimento articular restante |
| 2 | Aumento mais marcado do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude do movimento articular, mas a região é movida facilmente |
| 3 | Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil |
| 4 | Parte afetada rígida em flexão ou extensão |




ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Caso clinico - Apresentação

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS
Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| Coordenação Motora (Simetria/ritmo/alternância rapidez/olhos fechados e abertos) | Prova dedo-nariz | Direita | <input checked="" type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Dismetria <input type="checkbox"/> Hipermetria <input type="checkbox"/> Hipometria <input type="checkbox"/> Descoordenação sensitiva | |
| | | Esquerda | <input checked="" type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Dismetria <input type="checkbox"/> Hipermetria <input type="checkbox"/> Hipometria <input type="checkbox"/> Descoordenação sensitiva | |
| | Prova de indicação Barany | Direita | <input checked="" type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Dismetria <input type="checkbox"/> Descoordenação sensitiva | |
| | | Esquerda | <input checked="" type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Dismetria <input type="checkbox"/> Descoordenação sensitiva | |
| | Diadococinésia | Direita | <input checked="" type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> disdiadocinésia | |
| | | Esquerda | <input checked="" type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> disdiadocinésia | |
| Prova calcanhar joelho | Direita | <input checked="" type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Dismetria <input type="checkbox"/> Hipermetria <input type="checkbox"/> Hipometria | | |
| | Esquerda | <input checked="" type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Dismetria <input type="checkbox"/> Hipermetria <input type="checkbox"/> Hipometria | | |
| Capacidades práticas | Gestos simbólicos (sina da cruz) | | | |
| | Gestos icónicos (levar copo à boca) | | | |
| | Gestos intransitivos (dizer adeus) | | | |
| Marcha | <input checked="" type="checkbox"/> Sem alteração <input type="checkbox"/> Disbasia <input type="checkbox"/> Marcha hemiparética <input type="checkbox"/> Atáxica | | | |

| | | | Eficaz | Pouco Eficaz | Não Eficaz | Observações |
|-------------------|---------|----------|--------|--------------|------------|-------------|
| Equilíbrio | Sentado | Estático | X | | | |
| | | Dinâmico | X | | | |
| | Em pé | Estático | X | | | |
| | | Dinâmico | X | | | |




ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Caso clinico - Apresentação

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS
Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso

| | | |
|---------------------------|----------------|----------------|
| Transferências | Cama | Sem alterações |
| | Sanita | Sem alterações |
| | Banheira Duche | Sem alterações |
| | Desníveis | Sem alterações |
| Atividades na cama | Arrastar | Sem alterações |
| | Virar | Sem alterações |
| | Deitar | Sem alterações |
| | Sentar | Sem alterações |


| | | |
|--|--------------------------------------|--|
| Conhecimentos e expectativas sobre o equilíbrio entre atividade e repouso | Utente | Compreende que as suas limitações estão relacionadas com a intolerância ao esforço |
| | Agente de cuidados dependente | |



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Caso clinico - Apresentação

| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS | | | | | |
|--|---|--------|---|-------------------------------|--|
| Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social | | | | | |
| Alteração dos papéis que desempenha | | | | | |
| Isolamento Social e atividades lúdicas habituais | | | | | |
| Periodicidade de visitas enquanto está internado | Recebe frequentemente a visita da filha e da irmã | | | | |
| Alterações sexuais | | | | | |
| Outras alterações | | | | | |
| Conhecimentos e expectativas sobre o equilíbrio entre solidão e interação social | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">Utente</td> <td style="padding: 5px;">Refere que apesar das limitações impostas pela sua doença, tem capacidade para ir a uma "esplanada" e para dar um passeio pelo bairro</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Agente de cuidados dependente</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table> | Utente | Refere que apesar das limitações impostas pela sua doença, tem capacidade para ir a uma "esplanada" e para dar um passeio pelo bairro | Agente de cuidados dependente | |
| Utente | Refere que apesar das limitações impostas pela sua doença, tem capacidade para ir a uma "esplanada" e para dar um passeio pelo bairro | | | | |
| Agente de cuidados dependente | | | | | |



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Caso clinico - Apresentação

| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-------------------------|--|--|--|---------------------|--|---------|--|-------------------------|--|-----------------------|--|--------|--|
| Prevenção de Perigos | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado de Consciência | <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Vigília <input type="checkbox"/> Letárgico ou Sonolento <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Obnubilado <input type="checkbox"/> Estuporoso <input type="checkbox"/> Coma | Escala de Glasgow | 15 | | | | | | | | | | | | |
| Estado de Orientação | <input checked="" type="checkbox"/> Orientado autopsiquicamente <input checked="" type="checkbox"/> Orientado halopsiquicamente <input type="checkbox"/> Desorientado autopsiquicamente <input type="checkbox"/> Desorientado halopsiquicamente | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado de Atenção | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> Vigilância Tenacidade (exemplo de bater na mesa sempre que ouvir a letra A) Concentração (subtração sucessiva de 7 ao nº100) </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hipervigil <input type="checkbox"/> Hipovigil <input type="checkbox"/> Hipoprosexia </td> </tr> </table> | | | Vigilância Tenacidade (exemplo de bater na mesa sempre que ouvir a letra A) Concentração (subtração sucessiva de 7 ao nº100) | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hipervigil <input type="checkbox"/> Hipovigil <input type="checkbox"/> Hipoprosexia | | | | | | | | | | |
| Vigilância Tenacidade (exemplo de bater na mesa sempre que ouvir a letra A) Concentração (subtração sucessiva de 7 ao nº100) | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hipervigil <input type="checkbox"/> Hipovigil <input type="checkbox"/> Hipoprosexia | | | | | | | | | | | | | | |
| Memória | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Sensorial (0.5s)</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Imediata (15 a 20s)</td> <td style="padding: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Recente</td> <td style="padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Curto prazo (5 a 10min)</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Longo prazo (> 30min)</td> <td style="padding: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Remota</td> <td style="padding: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente </td> </tr> </table> | | | Sensorial (0.5s) | <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente | Imediata (15 a 20s) | <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente | Recente | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Curto prazo (5 a 10min)</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Longo prazo (> 30min)</td> <td style="padding: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente </td> </tr> </table> | Curto prazo (5 a 10min) | <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente | Longo prazo (> 30min) | <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente | Remota | <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente |
| Sensorial (0.5s) | <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente | | | | | | | | | | | | | | |
| Imediata (15 a 20s) | <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente | | | | | | | | | | | | | | |
| Recente | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Curto prazo (5 a 10min)</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Longo prazo (> 30min)</td> <td style="padding: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente </td> </tr> </table> | Curto prazo (5 a 10min) | <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente | Longo prazo (> 30min) | <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente | | | | | | | | | | |
| Curto prazo (5 a 10min) | <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente | | | | | | | | | | | | | | |
| Longo prazo (> 30min) | <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente | | | | | | | | | | | | | | |
| Remota | <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente | | | | | | | | | | | | | | |



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Caso clinico - Apresentação

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS
Prevenção de Perigos

| | | Pé | Perna | Coxa | Anca | Abdómen | Tórax | Mãos | Ante braço | Braço | Pescoço | Cabeça | |
|--|--|----|-------|------|------|------------------------------------|---------------------------------------|------|---------------|-------|---------|--------|--|
| Sensibilidade superficial | Tátil | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | |
| | Térmica | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | |
| | Dolorosa | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | |
| Sensibilidade profunda | Sentido de pressão ou barestesia | M | | | | | M-mantida D-diminuída A-ausente | | | | | | |
| | Sensibilidade vibratória ou palestesia | M | | | | | | | | | | | |
| | Sensibilidade postural | M | | | | | | | | | | | |
| | Sentido esteriognócio | M | | | | | | | | | | | |
| Negligência hemiespacial unilateral (lesão no hemisfério dto) | | | | | | Prova de barragem | | | | | | | |
| | | | | | | Prova de desenho espontâneo | | | | | | | |



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Caso clinico - Apresentação

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS
Prevenção de Perigos

ESCALA DE QUEDAS DE MORSE

| Antecedentes de queda (anterior ou nos últimos três meses) | X | Não | 0 |
|---|----|------------------------------------|----|
| | | Sim | 25 |
| Diagnóstico secundário | | Não | 0 |
| | X | Sim | 15 |
| Ajuda na mobilização | X | Nenhum/Apoiado/Acamado | 0 |
| | | Canadianas/Bengala/Andarilho | 15 |
| | | Apoia-se no mobiliário | 30 |
| Terapia endovenosa | | Não | 0 |
| | x | Sim | 20 |
| Marcha | x | Normal/Acamado/Cadeira de Rodas | 0 |
| | | Desequilíbrio fácil | 10 |
| | | Défice de marcha | 20 |
| Estado mental | x | Consciente das suas limitações | 0 |
| | | Não consciente das suas limitações | 15 |
| TOTAL | 35 | | |

➔ **Risco baixo**




ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Caso clínico - Apresentação

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS
 Prevenção de Perigos

| Escala de Braden | | |
|----------------------------------|--------------------------------|-----------|
| Perceção Sensorial | 1 - Completamente limitada | |
| | 2 - Muito limitada | |
| | 3 - Ligeiramente limitada | |
| | 4 - Nenhuma limitação | X |
| Humidade | 1 - Pele constantemente húmida | |
| | 2 - Pele muito húmida | |
| | 3 - Pele ocasionalmente húmida | |
| | 4 - Pele raramente húmida | X |
| Atividade | 1 - Acamado | |
| | 2 - Sentado | |
| | 3 - Anda ocasionalmente | X |
| | 4 - Anda frequentemente | |
| Mobilidade | 1 - Completamente imobilizado | |
| | 2 - Muito limitada | |
| | 3 - Ligeiramente limitada | |
| | 4 - Nenhuma limitação | X |
| Nutrição | 1 - Muito Pobre | |
| | 2 - Provavelmente inadequada | |
| | 3 - Adequada | X |
| | 4 - Excelente | |
| Fricção e forças de deslizamento | 1 - Problema | |
| | 2 - Problema potencial | X |
| | 3 - Nenhum Problema | |
| Total | | 20 |



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Caso clínico - Apresentação

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS
 Promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal

| | | | |
|--|--|---|--|
| Discurso espontâneo | | | |
| Compreensão | | | |
| Nomeação | | | |
| Repetição | | | |
| Leitura | | | |
| Linguagem elaborada | | | |
| Escrita | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sem alterações da linguagem <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Afasia | | | |
| I - Olfativo | <input checked="" type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Anosmia <input type="checkbox"/> Hiposmia <input type="checkbox"/> Alterado Unilateralmente | | |
| II - Ótico | Acuidade visual | <input checked="" type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Ambliopia <input type="checkbox"/> Amaurose <input type="checkbox"/> Cegueira/ | |
| | Campos visuais | <input checked="" type="checkbox"/> Mantidos <input type="checkbox"/> Hemianopsia | |
| III - Motor ocular comum | <input type="checkbox"/> Miase <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Discoria/ | | |
| IV - Patético | <input checked="" type="checkbox"/> Isocórica <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Nistagmo | | |
| VI - Motor ocular externo | <input checked="" type="checkbox"/> Ptose palpebral Ausente | | |
| | <input type="checkbox"/> Ptose palpebral Presente | | |
| VIII - Estado-acústico | Acuidade auditiva | Teste de Rinne | |
| | | Teste de Weber | |
| | Equilíbrio | Estático | |
| XI - Espinhal | | Dinâmico - | |
| | Força muscular | ECM | |
| | | Trapézio | |
| | Paresia dolorosa | <input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Presente | |




Caso clínico - Apresentação

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS

Promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal

| TIPOS DE AFASIA | FLUÊNCIA | COMPREENSÃO | NOMEAÇÃO | REPETIÇÃO |
|--|--|--|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Não fluente <input type="checkbox"/> Fluente | <input type="checkbox"/> Perturbada <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Perturbada <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Perturbada <input type="checkbox"/> Normal |
| <input type="checkbox"/> Global | Não fluente | Perturbada | Perturbada | Perturbada |
| <input type="checkbox"/> Broca | Não fluente | Normal | Perturbada | Perturbada |
| <input type="checkbox"/> Transcortical mista | Não fluente | Perturbada | Perturbada | Normal |
| <input type="checkbox"/> Transcortical motora | Não fluente | Normal | Perturbada | Normal |
| <input type="checkbox"/> Wernicke | Fluente | Perturbada | Perturbada | Perturbada |
| <input type="checkbox"/> Condução | Fluente | Normal | Perturbada | Perturbada |
| <input type="checkbox"/> Transcortical sensorial | Fluente | Perturbada | Perturbada | Normal |
| <input type="checkbox"/> Anômica | Fluente | Normal | Perturbada | Normal |


| | |
|---|--|
| Alteração de autoestima e autoimagem | |
| Objetivos para o futuro | |
| Conhecimentos e expectativas do agente de cuidados dependente | |



Caso clínico - Apresentação


QUESTIONÁRIO DE DISPNEIA (MEDICAL RESEARCH COUNCIL DYSPNOEA QUESTIONNAIRE)

| | | 03/12 | 12/12 |
|--------|--|-------|-------|
| GRAU 1 | Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso. "Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso". | | |
| GRAU 2 | Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. "Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado". | | |
| GRAU 3 | Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando ando no seu passo normal. "Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal". | | X |
| GRAU 4 | Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. "Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passado alguns minutos". | | |
| GRAU 5 | Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir. | X | |



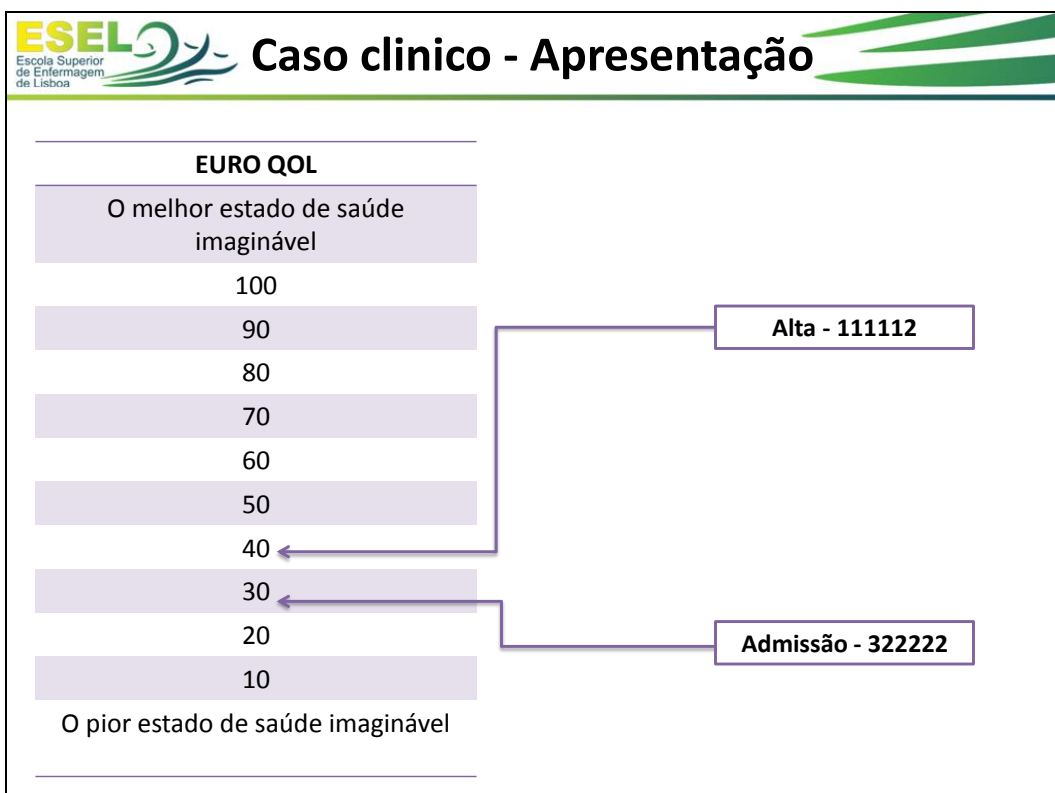
Caso clinico - Apresentação

| EURO QOL | 03/12 | 12/12 | Nível |
|---|-------|-------|-------|
| Mobilidade | | | |
| Não tenho problemas em andar | | X | 1 |
| Tenho alguns problemas em andar | | | 2 |
| Tenho de estar na cama | X | | 3 |
| Cuidados pessoais | | | |
| Não tenho problemas em cuidar de mim | | X | 1 |
| Tenho alguns problemas em lavar-me e vestir-me | X | | 2 |
| Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a | | | 3 |
| Atividades habituais (trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família/lazer) | | | |
| Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais | | X | 1 |
| Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais | X | | 2 |
| Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais | | | 3 |



Caso clinico - Apresentação

| EURO QOL | 03/12 | 12/12 | score |
|---|-------|-------|-------|
| Dor / Mal-estar | | | |
| Não tenho dores ou mal-estar | | X | 1 |
| Tenho dores ou mal-estar moderados | X | | 2 |
| Tenho dores ou mal-estar extremos | | | 3 |
| Ansiedade / Depressão | | | |
| Não estou ansioso/a ou deprimido/a | | X | 1 |
| Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a | X | | 2 |
| Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a | | | 3 |
| Comparado com o meu nível geral de saúde durante os últimos 12m, o meu estado de saúde hoje: | | | |
| Melhor | | | 1 |
| Igual | X | X | 2 |
| Pior | | | 3 |



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Caso clinico - Apresentação

| Cuidado pessoal | 03/12 | 12/12 | Cuidado doméstico | 03/12 | 12/12 |
|-----------------------------------|-------|-------|-----------------------------|-------|-------|
| Enxugar-se | 2 | 2 | Fazer cama | 2 | 2 |
| Vestir a parte superior do tronco | 1 | 1 | Mudar o lençol da cama | 0 | 0 |
| Calçar sapatos meias | 2 | 2 | Lavar janelas/cortinas | 0 | 0 |
| Lavar cabeça | 2 | 2 | Limpeza/limpar o pó | 0 | 0 |
| | | | Lavar a loiça | 1 | 1 |
| | | | Utilizar o aspirador/varrer | 0 | 0 |
| Lazer | | | Atividade física | | |
| Andar em casa | 2 | 1 | Subir escadas | 3 | 3 |
| Sair socialmente | 3 | 1 | Inclinar-se | 3 | 3 |
| Falar | 2 | 1 | | | |

Total score admissão – 23 → **Alta - 19**

0 – Eu não faria de forma alguma
(Se não faz a atividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa atividade)

1 – Eu não fico com falta de ar (Se a atividade é fácil para si)

5 – Eu preciso que outra pessoa faça isso (se alguém faz isso por si ou a ajuda porque sente muita falta de ar, por exemplo: alguém faz as compras por si)

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Caso clínico - Apresentação

ESCALA DE BARTHEL MODIFICADA

| | | "Pode fazer por si próprio" | "Pode com ajuda" | "Não pode" |
|--------------------|----------------------------------|-----------------------------|------------------|------------------|
| Nível de autonomia | | | | |
| 1 | Beber por uma chávena | 4 | 0 | 0 |
| 2 | Comer | 6 | 0 | 0 |
| 3 | Vestir a parte superior do corpo | 5 | 3 | 0 |
| 4 | Vestir a parte inferior do corpo | 7 | 4 | 0 |
| 5 | Colocar cinto ou suspensórios | 0 | -2 | Não aplicável |
| 6 | Toalete pessoal | 5 | 0 | 0 |
| 7 | Lavar-se ou Tomar Banho | 6 | 0 | 0 |
| 8 | Controlo da urina | 10 | 5 (acidentes) | 0 (incontinente) |
| 9 | Controlo dos intestinos | 10 | 5 (acidentes) | 0 (incontinente) |



 Admissão
  Alta

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Caso clínico - Apresentação

ESCALA DE BARTHEL MODIFICADA

| | | "Pode fazer por si próprio" | "Pode com ajuda" | "Não pode" |
|---------------------|---|-----------------------------|------------------|---------------|
| Nível de mobilidade | | | | |
| 10 | Sentar-se e levantar-se da cadeira | 15 | 7 | 0 |
| 11 | Sentar-se e levantar-se da sanita | 6 | 3 | 0 |
| 12 | Entrar e sair da banheira/duche | 1 | 0 | 0 |
| 13 | Andar 50 metros em piso plano | 15 | 10 | 0 |
| 14 | Subir e descer um lanço de escadas | 10 | 5 | 0 |
| 15 | SE NÃO ANDAR, impulsionar ou puxar cadeira de rodas | 5 | 0 | Não aplicável |

 Score admissão – 66
  Alta – 100

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Caso clinico - Apresentação

PLANO DE ATUAÇÃO

- Terapêutica
- VNI noturno
- REABILITAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA

- Inaladores – salbutamol, brometo de ipratrópio, beclometasona
- Enalapril
- Prednisolona
- Furosemida
- Omeprazol
- Amoxicilina + ac clavulamico
- azitromicina
- Enoxaparina
- acetilcisteína


- IPAP-16cmH₂O/EPAP-4cmH₂O, FR 16/m com O₂ a 2L/m
- IPAP-14cmH₂O/EPAP-4cmH₂O, com O₂ a 1,5L/m

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Caso clinico - Apresentação

EVOLUÇÃO GASOMÉTRICA AO LONGO DO INTERNAMENTO

| Data | Condições | Ph | pCO ₂ mmHG | pO ₂ mmHG | SO ₂ % | HCO ³⁻ mEq/L |
|-------|-------------|-------|--------------------------|-------------------------|----------------------|----------------------------|
| 2/12 | Ar ambiente | 7,3 | 71 | 39,5 | 73 | 34 |
| 3/12 | VNI 18/4 | 7,4 | 52 | 57,8 | 91 | 29,7 |
| 10/12 | Ar ambiente | 7.435 | 50.2 | 62.4 | | 33.1 |
| 11/12 | O2 ½ l/min | 7.422 | 55.3 | 64.2 | | 35.2 |




ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Caso clínico - Apresentação

HADS : escala de ansiedade e depressão

| | | | |
|---|--|---|---|
| A | Sinto-me tenso ou contraído: | Sinto-me parado: | D |
| 3 | A maior parte do tempo | Quase sempre | 3 |
| 2 | Muitas vezes | Com muita frequência | 2 |
| 1 | De vez em quando, ocasionalmente | Algumas vezes | 1 |
| 0 | Nunca | Nunca | 0 |
| D | Ainda tenho prazer nas mesmas coisas que anteriormente: | Fico tão assustado que até sinto um aperto no estômago: | A |
| 0 | Tanto como antes | Nunca | 0 |
| 1 | Não tanto | De vez em quando | 1 |
| 2 | Só um pouco | Muitas vezes | 2 |
| 3 | Quase nada | Quase sempre | 3 |
| A | Tenho uma sensação de medo como se algo de mau estivesse para acontecer: | Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto: | D |
| 3 | Nitidamente e muito forte | Com certeza | 3 |
| 2 | Sim, mas não muito forte | Não tenho tanto cuidado como devia | 2 |
| 1 | Um pouco, mas não me incomoda | Talvez não tanto como antes | 1 |
| 0 | De modo algum | Tanto como habitualmente | 0 |
| D | Sou capaz de rir e de me divertir com as coisas engraçadas: | Sinto-me impaciente e não consigo estar parado: | A |
| 0 | Tanto como habitualmente | Muito | 3 |
| 1 | Não tanto como antes | Bastante | 2 |
| 2 | Nitidamente menos agora | Um pouco | 1 |
| 3 | Nunca | Nada | 0 |



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Caso clínico - Apresentação

HADS : escala de ansiedade e depressão


| | | | |
|---|--|---|---|
| A | Tenho a cabeça cheia de preocupações: | Penso com prazer no que tenho a fazer: | D |
| 3 | A maior parte do tempo | Tanto como habitualmente | 0 |
| 2 | Muitas vezes | Menos que anteriormente | 1 |
| 1 | De vez em quando | Bastante menos que anteriormente | 2 |
| 0 | Raramente | Quase nunca | 3 |
| D | Sinto-me bem disposto: | De repente, tenho sensações de pânico: | A |
| 3 | Nunca | Com grande frequência | 3 |
| 2 | Poucas vezes | Bastantes vezes | 2 |
| 1 | Bastantes vezes | Algumas vezes | 1 |
| 0 | Quase sempre | Nunca | 0 |
| A | Sou capaz de me sentar à vontade e sentir-me relaxado: | Sinto-me capaz de apreciar um bom livro/programa de rádio/TV: | D |
| 0 | Sempre | Frequentemente | 0 |
| 2 | Habitualmente | Algumas vezes | 1 |
| 3 | Algumas Vezes | Poucas vezes | 2 |
| | Nunca | Muito raramente | 3 |

DEPRESSÃO – 5
ANSIEDADE – 10

0 – 7 pontos: improvável

8 – 11 pontos: possível (questionável ou duvidosa)

12 – 21 pontos: provável


**Plano de Cuidados**
Enfermagem de Reabilitação

Ventilação ineficaz (Polipneia, cansaço em repouso, ciclos respiratórios curtos e não dissocia dos tempos respiratórios)

1

- Diminuir frequência respiratória em repouso <20
- Diminuir valores da escala de Borg modificada para <3
- Obter saturação periféricas de O₂ ≥90

- Vigiar padrão respiratório (Amplitude, ritmo, simetria e tipo)
- Avaliar FR, FC, P, SpoO₂, TA
- Realizar auscultação pulmonar
- Observar gasometria
- Observar Rx tórax
- Vigiar pele e mucosas
- Realizar registos de Enfermagem de reabilitação
- Realizar de técnica de relaxamento
- Ensino sobre posições de alívio de dispneia


**Plano de Cuidados**
Enfermagem de Reabilitação

Ventilação ineficaz (Polipneia, cansaço em repouso, ciclos respiratórios curtos e não dissocia dos tempos respiratórios)

2

- Diminuir frequência respiratória em repouso <20
- Diminuir valores da escala de Borg modificada para <3
- Obter saturação periféricas de O₂ ≥90


- Executar técnicas de RFR
 - Controlo da respiração e dissociação dos tempos respiratórios, inspirando pelo nariz (“cheirar uma flor”), seguido de uma pausa (3seg – contar “e 1 e 2 e 3”), e expirar pela boca com os lábios semicerrados ou com seringa 10cc invertida e sem embolo (“como se apagasse subtilmente uma vela”)
 - Reeducação funcional diafragmática com resistência manual (global, porção posterior, hemicúpula direita/esquerda e porção anterior) dando ênfase na expiração
 - Reeducação diafragmática global com MI assentes em bola terapêutica (flexão das articulações coxo femural e joelhos) e peso de 1Kg no abdómen
 - Reeducação diafragmática das hemicúpulas com MI assentes em bola terapêutica (flexão das articulações coxo femural e joelhos), peso de 1Kg no abdómen e rotação da anca para direita/esquerda associando à inspiração
 - Reeducação costal global com bastão
 - Reeducação costal seletiva com halteres (½Kg) e peso de 1Kg no abdómen



Plano de Cuidados
Enfermagem de Reabilitação

Limpeza ineficaz das vias aéreas (Tosse ineficaz, presença de ferveores crepitantes nas bases pulmonares)

| | |
|--------------------------------|---|
| Permeabilidade das vias aéreas | <ul style="list-style-type: none">• Ensino da técnica da <u>tosse dirigida</u> (sentar-se numa cadeira com os pés apoiados e ligeiramente afastados com o tronco inclinado ligeiramente para a frente, deve inspirar pelo nariz e com os membros superiores/almofada comprime o abdómen e tosse com a boca aberta)• <u>Ciclo ativo de técnicas respiratórias</u> (dissociação dos tempos respiratórios + exercícios de expansão torácica + dissociação dos tempos respiratórios TEF/técnica de huffing)• Realizar <u>atmosfera húmida</u> (SF)• <u>Manobras acessórias</u> (percussão, vibração e compressão) combinadas com <u>drenagem postural clássica</u> (dependendo da auscultação no momento)• Ensino sobre necessidade de <u>reforço hídrico</u>• Administração de <u>inaloterapia</u> (salbutamol + brometo de ipratrópio + corticoides)• Ensino sobre <u>posições de drenagem postural</u>• Vigiar características da expetoração |
|--------------------------------|---|




Plano de Cuidados
Enfermagem de Reabilitação

Intolerância à atividade (conversar, deambular, realizar atividade de autocuidado)

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Melhorar tolerância à atividades | <ul style="list-style-type: none">• Vigiar intolerância à atividade• Ensino de <u>posições de descanso e alívio da dispneia</u>• Gerir exercícios de acordo com grau de intolerância a atividade• Adequar oxigenoterapia• Treinar técnicas respiratórias:<ul style="list-style-type: none">- <u>Controlo dissociação dos tempos respiratórios</u>- <u>Respirar com lábio semicerrados</u>- <u>Pausas nas atividades realizadas</u>• Ensino sobre técnicas de conservação de energia nas AVD's• Treino de <u>marcha</u> com O₂ (inspira parado deambula 3 a 4 passos enquanto expira)• Treino de <u>subir e descer</u> escadas (Usar o corrimão, subir lentamente 1 degrau de cada vez, dê o passo expirando com lábios semicerrados, e inspire parado)• <u>Treino de exercício</u> |
|--|---|

| ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa | | Plano de Cuidados Enfermagem de Reabilitação | |
|---|---|---|----------|
| Nome Doente: _____ Data: _____ | | 04/12 | 12/12 |
| Exercícios de aquecimento (10 X cada) | | | |
| | 1- Flexir o pescoço expirando. Inspire voltando a posição direita | 10 | 10 |
| | 2- Girar os ombros em círculos com suavidade, respirando ritmicamente. | 10 | 10 |
| | 3- Inclinar o tronco ao lado inspirando. Expirar voltando a posição de tronco direito. | | |
| | 4- Com o bastão elevar os braços levantando o bastão e inspirando. | | 10 |
| | 5- Marchar no lugar sem pressas, mantendo a respiração rítmica. | | 10 |
| Exercícios de fortalecimento (10X cada) | | | |
| | 1- Levantar o peso à altura dos ombros expirando. Voltar à posição de partida inspirando. | | 10 |
| | 2- Levantar o peso à altura dos ombros (abrindo os braços), e expirando. Voltar à posição de partida, inspirando. | | 10 |
| | 3- Dobrar os cotovelos, levando o peso ao ombro, expirando. Voltar à posição de partida, inspirando. | | |
| | 4- Dobrar os cotovelos e cruzar os braços expirando. Voltar à posição de partida inspirando. | | 10 |
| | 5- Estica um joelho. Voltar lentamente a posar o pé no chão inspirando | 5 | 10 |
| | 6- Colocar-se em bicos dos pés expirando. Inspirando volta a posar os calcanhares no chão. | | 10 |
| | 7- De pé, dobra os joelhos expirando. Volta a esticar os joelhos inspirando. | 5 | 10 |
| | 8- De pé, levanta a perna para o lado expirando. Volta a posá-la ao lado da outra inspirando. | 5 | 10 |
| | 9- Ponte com resistência???? | | 10 |
| | 10- Marcha | 90m | 200m |
| | 11- Treino de escadas | | 2 lanços |
| | 12- Bicicleta/ pedaleira | | 10min |


| ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa | | Plano de Cuidados Enfermagem de Reabilitação | |
|--|--|---|--|
| Conhecimento sobre técnicas de conservação de energia inapropriado | | | |
| Melhorar conhecimentos sobre técnica de conservação de energia (diminuindo a sensação de dispneia e aumentando a funcionalidade da pessoa) | <p>ORIENTAÇÕES GERAIS PARA UTILIZAR NAS SUAS AVD'S CONTROLE DA RESPIRAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Inspire enquanto realiza o movimento menos cansativo</u> e expire (com qs lábio semicerrados) quando faz o movimento, que implica o maior esforço • Organize o tempo, de forma a <u>alternar as tarefas</u> leves com as mais cansativas • Se ficar cansado durante a realização de uma atividade, <u>pare e descanse</u> • Realize as atividades que exigem mais esforço, no <u>período do dia, em que se sentir com mais energia</u> • Faça as suas atividades com <u>calma</u>, reduzindo o ritmo e respeitando os seus limites • Realize as atividades por ordem de <u>prioridade</u> • <u>Delegue os trabalhos</u> que requerem maior esforço • <u>Evite baixar-se</u>, posicione-se à altura dos objetos que necessita • <u>Arrume o material</u> mais usado em locais de fácil acesso (entre a altura dos ombros e a cintura) • <u>Reduza a intensidade</u> do falar, rir, comer ou tossir • Evite produtos irritantes • <u>Descanse 30 minutos após as refeições</u> | | |



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa


Plano de Cuidados

Enfermagem de Reabilitação



Conhecimento sobre técnicas de conservação de energia inapropriado2


| | |
|--|---|
| Melhorar conhecimentos sobre técnica de conservação de energia (diminuindo a sensação de dispneia e aumentando a funcionalidade da pessoa) | VESTUÁRIO <ul style="list-style-type: none">Coloque a roupa pela <u>ordem que a vai vestir</u>Utilize <u>roupas confortáveis</u>Deverá vestir-se <u>sentado</u>, começando pelas peças de roupa da parte inferior do corpo e só depois a parte superiorPara calçar as meias e os sapatos deverá estar sentado, se necessário pode utilizar uma calçadeira de cabo compridoO calçado deverá ser <u>antiderrapante</u> e de preferência <u>sem atacadores</u> |
| | HIGIENE E CUIDADO PESSOAL <ul style="list-style-type: none">Deve <u>preparar</u> todo o material necessário antecipadamente;Tome <u>banho sentado</u>, poderá colocar um banco no ducheColoque um <u>tapete antiderrapante</u>Utilize uma escova de cabo longo para lavar as costas e os pésUtilize um <u>roupão turco</u> para se secar no final do banhoPara fazer a barba, escovar os dentes e pentear o cabelo deverá fazê-lo <u>sentado e com os braços apoiados</u> e <u>evite a flexão do tronco</u>, poderá também utilizar um pente ou escova de cabo comprido |



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Plano de Cuidados

Enfermagem de Reabilitação



Conhecimento sobre técnicas de conservação de energia inapropriado3

| | |
|--|---|
| Melhorar conhecimentos sobre técnica de conservação de energia (diminuindo a sensação de dispneia e aumentando a funcionalidade da pessoa) | ANDAR <ul style="list-style-type: none"><u>Planeie</u> a sua caminhada antecipadamente<u>Controle a respiração</u> inspire quando está parado e expire enquanto está a dar alguns passosQuando subir escadas deve <u>inspirar quando está parado</u> e expirar lentamente enquanto sobe alguns degraus |
| | TRANSPORTAR OBJETOS <ul style="list-style-type: none">Deve <u>dobrar os joelhos</u> quando for necessário levantar pesos, mantendo as costas direitas enquanto inspira<u>Transportar os pesos junto ao corpo</u>Utilizar se possível um carro com prateleiras para transportar os objetosReparta o peso pelos dois braços, mantendo uma postura corretaQuando tiver necessidade de ir às compras deverá <u>organizar uma lista</u>Deve colocar as compras nos sacos pela <u>ordem que pretende arrumá-las</u> |




Plano de Cuidados Enfermagem de Reabilitação

Ensinos para alta

- Alimentação e hidratação
- Técnicas de conservação de energia
- Exercícios respiratórios
- Treino de exercício
- Técnica de tosse dirigida
- Técnica de inaloterapia
- Cuidados com OLD ($\frac{1}{2}$ l/min)
- Evicção de ambientes com poluentes ou fumo de tabaco
- Regime medicamentoso
- Ensino de como atuar numa situação de crise de dispneia





Bibliografia

Almeida, Paula, et al. s/d. *Aprenda a viver com a DPOC*. Matosinhos : Comissão de Reabilitação Respiratória da Sociedade Portuguesa de Pneumologia, s/d.

Cordeiro, Maria Carmo e Menoita, Elsa. 2012. *Manual de boas praticas na reabilitação respiratória*. Loures : Lusociência, 2012.

Hoeman, Shirley P. 2011. *Enfermagem de Reabilitação*. Loures : Lusodidacta, 2011. pp. 210 - 270.

Menoita, Elsa. 2012. *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures : Lusociência, 2012.



QUESTÕES PARA DEBATE?

FIM

**Apêndice 14 – Um percurso de aquisição de competências do EEER no cuidar
da pessoa com patologia respiratória**

REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA – AVALIAÇÃO E INTERVENÇÕES REALIZADAS

A reabilitação respiratória pode ser definida como uma área da reabilitação, dirigida a pessoas com doenças respiratórias e seus conviventes significativos, prestados por uma equipa multidisciplinar. Os seus principais objetivos são a “redução dos sintomas, a diminuição da incapacidade, o aumento da participação nas atividades físicas e sociais e a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos com doença respiratória” (Canteiro & Heitor, 2003, p. 1786).

De acordo com Cordeiro & Menoita (2012) um programa de reabilitação pulmonar inclui vários componentes, tais como: RFR, o treino de exercício, a otimização da terapêutica inalatória e assistência respiratória. Uma vez que o EEER deve deter competências em cada um desses componentes, ao longo do EC explorei cada um desses elementos na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente com patologia respiratória.

Uma competência desenvolvida ao longo do EC foi sem qualquer dúvida a avaliação da função respiratória e da forma como esta influencia o autocuidado. Esta avaliação deve incluir aspetos como a presença de sintomas respiratórios (tosse, expectoração, dispneia, toracalgia), as características da respiração (frequência, ritmo, amplitude, padrão), as saturações periféricas de oxigénio, simetria do tórax e dos movimentos torácicos, palpação do tórax (estática e dinâmica), vibrações vocais, a coloração da pele e mucosas, a inspeção estática do tórax, a auscultação pulmonar e observação de meios complementares de diagnóstico (gasimetria, radiografia do tórax, tomografia computadorizada) (Cordeiro & Menoita, 2012). Destes parâmetros essenciais para avaliar a função respiratória, uma das dificuldades iniciais foi a auscultação pulmonar, pois apesar de ser um procedimento extremamente comum num hospital, para mim era uma novidade. É certo que durante o primeiro semestre do curso aprendemos a identificar os vários ruídos respiratórios, quer normais quer adventícios, mas quando confrontado com uma situação concreta a dificuldade foi enorme, nomeadamente em isolar e identificar aquele ruído específico entre todos os outros que ouvia no momento. Foi necessário pesquisar documentos que

descrevessem as características dos vários ruídos respiratórios, ouvi-los em *sites on-line*, treinar e auscultar paralelamente com os vários enfermeiros orientadores dos EC. A utilização de instrumentos de medida, como a escala de Borg modificada, escala de ansiedade e depressão, questionário de dispneia (*Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire*), escala *London Chest Activity of Daily Living*, *Euro QoI*, *The St. George's Respiratory Questionnaire*, demonstraram-se bastante úteis, para evidenciar melhorias da situação clínica e para perceber o impacto das alterações respiratórias nas AVD (Direcção-Geral da Saúde, 2009).

A RFR pode ser entendida como a terapia do movimento aplicada à mecânica ventilatória, já que através de uma atuação ao nível da ventilação externa pretende-se melhorar a ventilação alveolar (Olazabal, 2003). Neste âmbito foram realizadas algumas intervenções, nomeadamente técnicas relaxamento, ensino de posições de descanso, consciencialização da respiração (dissociação dos tempos respiratórios), reeducação diafragmática (global e em cada porção), reeducação costal (global com ou sem bastão e seletiva), drenagem postural (modificada), manobras acessórias (percussão, vibração e compressão); ensino da tosse (dirigida e assistida) e ensino da técnica do *Huffing*. Não sendo meu objetivo estender-me na análise pormenorizada de cada uma destas intervenções, irei apenas referir alguns aspetos que me parecem merecer ser enunciados neste relatório. Durante uma sessão de RFR é desde logo fundamental o posicionamento adequado do doente que permita simultaneamente cumprir com o objetivo terapêutico e induzir um estado de relaxamento.

Não sendo nenhum perito em técnicas de relaxamento, utilizei por diversas vezes durante o EC a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson, que consiste em solicitar ao doente que realize contrações isométricas, seguidas de um relaxamento abrupto desse grupo muscular, enquanto o doente, paralelamente, se centra nas sensações que acompanham a tensão e relaxamento. Numa senhora com

dermatomiosite¹⁵ com compromisso grave dos músculos respiratórios (EC1), à aplicação desta técnica foi associada uma música do mar e um vídeo sobre a Ilha do Fogo em Cabo Verde (pesquisado no Youtube e visualizado num Tablet) que era onde a senhora residia, estando em Portugal apenas desde que tinha sido internada. Esta senhora, que experienciou sessões de RFR com e sem técnica de relaxamento prévio, sentiu que foi mais fácil cumprir as técnicas propostas nas sessões com relaxamento prévio. Um aspeto que é fundamental assegurar durante uma técnica de relaxamento é a de não existirem interrupções.

Relativamente aos exercícios que necessitem de coordenação e controlo dos tempos respiratórios, apercebi-me com o decorrer do EC que é fundamental dar comandos vocais calma e pausadamente e repetir os mesmos comandos para a mesma tarefa, pois os exercícios respiratórios são envoltos de um grau de dificuldade diretamente proporcional à intensidade dos sintomas respiratórios. Um exemplo disso a dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na respiração diafragmática, “enche o peito de ar como se estivesse a cheirar uma flor e de modo a que a barriga distenda, enche mais, mais...” quando em inspiração completa procedia à contagem “e 1 e 2 e 3 e 4 e 5...” (com a conjunção “e” de modo a marcar o passo e permitir uma contagem mais pausada), depois “sopre como se fosse apagar uma vela sem nunca a apagar lentamente com os lábios semicerrados, esvaziando completamente o peito de ar”.

A prática das manobras acessórias (vibrações, percussões e compressões), revelaram-se de extrema dificuldade no início do EC, nomeadamente as percussões, pois apesar de conhecer os princípios para a sua realização, necessitava de bastante perícia nos movimentos nas articulações no punho e mão. Mas, ao longo do EC, e com o treino, apoio dos EEER orientadores e com a visualização de

¹⁵ O diagnóstico desta rara doença faz-se através de critérios clínicos (fraqueza muscular proximal simétrica e dos músculos respiratórios, bem como rash cutâneo de dermatomiosite), (...). Os músculos respiratórios, nomeadamente o diafragma, partilham da generalizada inflamação da musculatura estriada. A disfagia favorece o aparecimento de pneumonias de aspiração. Na evolução desta doença pode ocorrer doença intersticial semelhante a alveolite fibrosante criptogenética” (Santos & Ferreira, 2003, p. 1730).

vídeos, consegui aperfeiçoar as respetivas técnicas. Uma vez que a tosse é um mecanismo fisiológico para a limpeza das vias respiratórias, o seu ensino é de crucial importância, pois permite obter um efeito máximo, preservando a energia que seria despendida em movimentos menos eficazes.

Em nenhum EC utilizei dispositivos de ajuda para mobilizar secreções (*acapella* e *flutter*), por não estarem disponíveis. No entanto, com o intuito de induzir uma pressão expiratória positiva oscilante utilizei 2 estratégias: o corpo de uma seringa de 20cc (sem embolo) colocado nos lábios do doente de modo a que, na expiração, o ar fosse expelido pelo orifício mais estreito da seringa; ou solicitar ao doente para expirar, utilizando uma palhinha, introduzida numa garrafa com água de modo a formar bolhas.

O treino de exercício é uma componente fundamental da reabilitação respiratória, nomeadamente nas pessoas com DPOC, uma vez que pretende cortar o “ciclo vicioso de sintomas incapacitantes que levam à inatividade física, descondicionamento e agravamento de sintomas com limitação no exercício” (Pamplona & Morais, 2007). Este aspeto, apesar de não ter sido exaustivamente desenvolvido ao longo do EC, foram realizadas algumas intervenções específicas do EEER neste âmbito, tais como: exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores (com recurso a faixa elástica e halteres), marcha (inspirando em repouso e expirando enquanto continua com os passos), treino de escadas (subindo um degrau de cada vez inspirando em repouso e expirando durante o movimento de subir escadas) e pedaleira. De salientar que durante a realização destes exercícios, a avaliação constante de saturação periférica de oxigénio, bem como a avaliação da escala de Borg modificada, serviram como instrumentos que permitiram ajustar o exercício e o débito de oxigenoterapia. Um outro aspeto referido por Velloso & Jardim (2006), e que foi tomado em conta durante o EC, foi o ensino de técnicas de conservação de energia com a finalidade de reduzir o gasto energético nas pessoas com DPOC durante a realização de AVD, diminuindo também a sensação de dispneia e melhorando a funcionalidade. Este é um aspeto fundamental para promover o autocuidado.

A terceira componente da reabilitação respiratória, anteriormente referida, é a otimização da terapêutica inaladora, e este foi um aspeto bastante explorado ao longo do EC1, nomeadamente no ensino dos doentes e conviventes significativos sobre a forma correta de utilização de cada tipo inaladores, de modo a maximizar a terapêutica.

A assistência respiratória constitui a última componente da reabilitação respiratória e engloba a oxigenoterapia e ventilação não invasiva e ventilação invasiva (Winck & Moita, 2003). Destas três, só não tive oportunidade de aprofundar, durante o EC, os aspectos inerentes à utilização da última que foi referida (mas esse também não constituía um objetivo inicial). Na utilização de oxigenoterapia, gostaria de realçar a importância dos ensinamentos realizados para a oxigenoterapia de longa duração no domicílio, nomeadamente sobre a justificação para esta terapêutica, sobre a sua forma de uso e sobre as precauções de segurança a ter. Em nenhum momento durante o EC realizei RFR aquando da utilização de ventilação não invasiva, pois, os doentes apenas a realizavam durante o sono. No entanto, durante o EC2, tive a oportunidade de perceber melhor o funcionamento dos aparelhos de ventiloterapia por pressão positiva contínua (CPAP) e ventiloterapia por pressão positiva binível (BiPAP), bem como as suas indicações e forma correta de utilização.

De realçar que todos os ensinamentos efetuados durante o EC, e referidos anteriormente, foram sempre acompanhados da entrega de um folheto informativo. Estes folhetos informativos são entendidos por Cavaco & Várzea (2010) como ferramentas que permitem conferir autonomia a cada pessoa, em função das competências individuais. “Os folhetos informativos não podem substituir a informação verbal, mas sim complementá-la, de forma a potenciarem a adesão à terapêutica e ao uso adequado dos medicamentos” (Carvalho, Costa, Graça, & Pedro, 2003 citando Gomes e Reis, 2001).

JORNAL CLUB – DPOC AVANÇADA: ABORDAGENS INOVADORAS DE PALIAÇÃO

Durante o EC2 propus-me a realização de *journal club*¹⁶ que abordasse simultaneamente a pessoa com doença respiratória (não oncológica), cuidados paliativos e reabilitação. Com isto pretendi alcançar dois objetivos: contribuir para o aprofundar de conhecimentos na área dos cuidados paliativos – uma vez que trabalho nessa área e esta foi uma necessidade de conhecimentos levantada por alguns elementos da equipa de enfermagem do serviço onde decorreu o EC2 – e aprofundar os conhecimentos sobre a reabilitação respiratória em doentes paliativos não oncológicos.

Foi com bastante satisfação realizei este *Journal club*, por um lado aprofundei conhecimentos nesta área, e por outro lado, senti que estaria a retribuir uma pequena parte dos momentos de aprendizagem que me foram proporcionados ao longo de 4 semanas.

Desta forma, uma vez que durante o período do ensino clínico a maior partes os doentes a quem prestei cuidados apresentavam DPOC, sugeri que o tema fosse estreitado para as pessoas com DPOC em estágio avançado.

Após a escolha deste tema realizei uma pesquisa na base de dados Ebsco conjugando os termos “*chronic obstructive pulmonary disease*”, “*rehabilitation*” e “*palliative care*”, limitando a pesquisa apenas aos artigos disponíveis em texto integral e publicados há menos de 6 anos. A partir do título e do resumo selecionei 14 artigos que li na íntegra. A escolha deste artigo deve-se ao facto de ser um artigo relativamente recente elaborado simultaneamente por profissionais da área da

¹⁶ Rocker, G. M., Sinuff, T., Horton, R., & Hernandez, P. (2007). Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Innovative Approaches to Palliation. *Journal of palliative medicine*, 10 (3), pp. 783-797.

pneumologia e paliativistas, evitando desta forma uma visão tendenciosa do tema em questão. Por outro lado, é um artigo de revisão que utiliza 129 fontes bibliográficas, fazendo referência a algumas revisões sistemáticas da literatura conferindo assim maior grau de evidência científica.

O jornal club terá uma duração de 20 min e será para apresentar durante a passagem de turno (entre o turno da manhã e tarde). Os destinatários são os enfermeiros que estejam naquele nesse dia a realizar um dos turnos. Para a restante equipa será disponibilizado o artigo e o resumo do que será apresentado.

PLANO DE SESSÃO DO JORNAL CLUB

| Tema | Tempo (minutos) |
|---|----------------------------|
| Justificação do tema e enquadramento do artigo | 1 |
| 1. Critérios de Cuidados Paliativos | 1 |
| 2. Barreiras para encaminhamento para cuidados paliativos | 2 |
| 3. Identificação das necessidades das pessoas com DPOC avançada | 2 |
| Dispneia | 3 |
| 4. Ansiedade e depressão | 2 |
| 5. O papel da Reabilitação Pulmonar na pessoa com DPOC | 3 |
| 6. Os objetivos da ventilação não invasiva (VNI) em cuidados paliativos | 1 |
| Conclusão e discussão | 5 |

RESUMO DA APRESENTAÇÃO DO JORNAL CLUB

JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE
Volume 10, Number 3, 2007
© Mary Ann Liebert, Inc.
DOI: 10.1089/jpm.2007.9951

Palliative Care Reviews
AAHPM

Feature Editor: Robert M. Arnold and Solomon Liao

Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Innovative Approaches to Palliation

GRAEME M. ROCKER, M.H.Sc., D.M.,^{1,2} TASNIM SINUFF, M.D., Ph.D.,³
ROBERT HORTON, M.D.,² and PAUL HERNANDEZ, M.D.C.M.¹

CRITÉRIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

DPOC é uma doença respiratória incurável e progressiva, nos estádios mais avançados pode apresentar sintomas de maior gravidade do que em doenças oncológicas (nomeadamente dispneia incapacitante). Nas pessoas com DPOC observa-se um declínio funcional e progressivo, má qualidade de vida, aumento da dependência dos cuidadores informais e aumento do “consumo” de cuidados de saúde. É assim, desta forma uma patologia com critérios de cuidados paliativos.

A DPOC continua a ser uma patologia com elevada taxa de mortalidade, nos EUA estima-se que 250 mil pessoas morram anualmente por DPOC, no Canadá a taxa de mortalidade situa-se nos 4%. Estima-se que em 2020 a DPOC constitua a 3ª causa de mortalidade a nível mundial.

BARREIRAS PARA ENCAMINHAMENTO PARA CUIDADOS PALIATIVOS

As 2 principais barreiras ao encaminhamento das pessoas com DPOC para cuidados paliativos são:

- Trajetória de doença altamente imprevisível,
- Muitos doentes e famílias não entendem a DPOC como uma doença incurável.

Existem outros aspetos que também podem influenciar o não encaminhamento/encaminhamento tardio para cuidados paliativos, nomeadamente:

- Compreensão dos profissionais de que as medidas de tratamento para doentes com DPOC são limitadas,
- Barreiras relacionadas com comunicação entre profissionais,
- Capacidade para perceber que os cuidados paliativos podem ser eficazes.

Os autores referem ainda que frequentemente os profissionais não respeitam diretivas antecipadas de vontade e acrescentam que é mais provável que a pessoa com DPOC num estágio terminal receba cuidados de saúde tecnologicamente mais avançados do que um doente oncológico.

A identificação das pessoas com DPOC com risco significativo de morte durante o próximo ano e por isso o encaminhamento para uma equipa de cuidados paliativos tem sido controversa. Os autores referem que cerca de 40% dos doentes com DPOC avançada morrem após 6 meses.

Para a identificação de um doente com DPOC avançada os autores avançam vários critérios que são apresentados na tabela seguinte.

TABLE 1. PREDICTORS OF INCREASED MORTALITY FOR PATIENTS WITH ADVANCED COPD

| <i>Increased risk of death in next 12 months (proposed)³⁴</i> | <i>30–40% 6-month mortality^{24,39,40}</i> | <i>30–40% 2-year mortality⁴¹</i> |
|--|---|---|
| 1. Best FEV ₁ < 30% predicted | Using SUPPORT criteria: two of the following for hospitalized patients: | Highest quartile on BODE index i.e. a score of 7–10 (see scores in parentheses below) |
| 2. Increasing dependency on caregivers | | |
| 3. Activity limited to a few steps without rest | 1. Baseline PaCO ₂ > 45 mm Hg | Body mass index (B) > 21 (0) or ≤ 21 (1) |
| 4. Depression | 2. Presence of cor pulmonale | Airflow obstruction (O) FEV ₁ of 36–49% (2) or < 35% (3) |
| 5. No spouse | 3. FEV ₁ < 0.75 liters | Dyspnea (D) MMRC ^a score of 3 (2) or 4 (3) |
| 6. Recurrent hospitalization in the previous year | 4. Previous episode of respiratory failure in the last 12 months | Exercise capacity (E) (walks < 150–249 m in 6 min (2), or < 149 m (3)) |
| 7. Associated chronic comorbid illness. | | |

^aMMRC: Modified Medical Research Council score of 3 indicates patient stops for breath at 100 yards or after a few minutes on level ground, MMRC score of 4: patient is too breathless to leave the house or is breathless dressing or undressing. FEV₁, Forced expiratory volume in 1 second.

A

escala de BODE referida na tabela anterior relaciona o IMC, o nível de obstrução FEV₁, intensidade da dispneia e a capacidade de exercício.

IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DAS PESSOAS COM DPOC AVANÇADA

No artigo são apresentadas várias necessidades, relacionando vários estudos realizados no Canadá, Reino Unido e EUA:

- Necessidade de vigilância médica (famílias enlutadas referiram falta de apoio de saúde no ultimo ano),
- Necessidade de apoio espiritual,
- Necessidade de profissionais especializados em comunicação (prognostico, morte e morrer),
- Alivio de sintomas (incluindo dispneia),
- Não se sentir um fardo para a família,
- Receber uma adequada informação (riscos e benéficos de tratamentos),
- Apoio após alta hospitalar.

DISPNEIA

Cerca de 75% dos doentes referem a dispneia como um sintoma altamente incapacitante. A dispneia não é unidimensional e afeta de igual forma a família, para um alívio mais eficaz deve ser corretamente avaliada através de escalas multidimensionais.

As estratégias para melhorar o tratamento da dispneia apresentadas no artigo são: broncodilatadores, oxigenoterapia de longa duração em doentes hipoxémicos, opioides, reabilitação pulmonar e utilização de ventilação direcionada para a face (estratégia utilizada à cerca de 20 anos e com benefícios comprovados).

A utilização de opioides (recomendada por várias associações e sociedades internacionais) revela-se muito eficaz no tratamento deste sintoma, e neste artigo recomendam o início desta terapêutica com 1 a 2 mg oral (4/4h ou 6/6h), a terapêutica com aerossóis demonstrou não apresentar benefícios. É ainda feita referencia ao facto os opioides não terem efeitos secundários que alterem as concentrações de gases no sangue. Este artigo estabelece ainda o paralelismo com as perfusões contínuas de opioides para controlo da dor (analgesia controlada pelo paciente - PCA), referindo que apesar de não ter sido testado ainda na dispneia pode vir a apresentar benefícios como estratégia de tratamento deste sintoma.

No âmbito da reabilitação pulmonar os autores fazem referência a um modelo de intervenção utilizado no reino Unido, designado por “serviço de intervenção na dispneia (BIS)”. Este modelo baseia em 4 consultas, que descrevo a seguir. A 1ª consulta é realizada simultaneamente pelo médico e fisioterapeuta desenrola-se procedendo a uma avaliação da dispneia, identificação de 3 objetivos que a pessoa pretenda alcançar com o BIS e estabelece-se um plano de exercícios. Na 2ª consulta, realizada 1 semana após a anterior, são ensinados exercícios respiratórios, posições de relaxamento e posições para alívio de dispneia e a utilização de ventilação na face também para alívio de dispneia (refrescar a face com ar fresco). A 3ª consulta é realizada 3 a uma a 4 semanas depois, é uma

consulta telefónica realizada pelo fisioterapeuta onde se pretende aferir progressos e registar dificuldades. Na última consulta (4 a 6 semanas depois) pretende-se avaliar sintomas, apoiar planos futuros e avaliar o BIS. As pessoas que foram incluídas neste modelo de intervenção apontam como benefícios o facto de sentirem que foram ouvidos com empatia, sentem-se apoiados e sabem em quem recorrer quando assustados e sentiram que direccionaram as suas atenções para os ganhos e não ficaram centrados nas limitações e perdas.

ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Ansiedade e depressão são outros sintomas frequentemente presentes nos doentes com DPOC avançada, doente e famílias relatam frequentemente perturbações do humor e até mesmo pensamentos suicidas.

No Reino Unido cerca de 77% dos doentes com DPOC apresenta “mau humor” e 53% apresenta ansiedade e pânico.

São vários os fatores que podem conduzir ao isolamento social e à depressão num doente com DPOC, nomeadamente: a limitação de interação social, a capacidade para sair de casa, a dependência de oxigenoterapia e o ónus causado pelo impacto dos tubos do oxigénio.

A utilização de antidepressivos demonstrou-se mais eficaz no tratamento da dispneia do que os ansiolíticos.

Muitas das utilizações dos serviços de urgência devem-se essencialmente ao ciclo vicioso que se estabelece entre dispneia e ansiedade. Os autores referem que estes episódios de urgência podiam ser tratados no próprio domicílio dos doentes, se fossem antecipadas estratégias de educação sobre autogestão numa situação de crise.

No artigo é referido que a reabilitação pulmonar parece apresentar um papel importante na diminuição da ansiedade e depressão.

O PAPEL DA REABILITAÇÃO PULMONAR NA PESSOA COM DPOC

Nos doentes com DPOC os objetivos da reabilitação pulmonar são:

- Melhoria da dispneia,
- Melhoria da tolerância ao exercício,
- Melhoria da capacidade funcional,
- Melhoria da qualidade de vida dos doentes e cuidadores,
- Melhoria da ansiedade e depressão,
- Diminuição da utilização dos serviços de saúde.

Numa instituição no Canadá, utilizou-se uma modelo de intervenção estruturada que se baseou na educação de estratégias de autogestão em doentes com DPOC avançada que se designou de “viver bem com DPOC”. Este programa desenvolveu-se ao longo de 7 a 8 semanas e divide-se em 7 módulos, em cada modulo são abordados temas específicos:

- Respirar, tosse, técnicas de conservação de energia e exercícios de relaxamento,
- Prevenir e controlar sintomas com administração de fármacos por via inalatória,
- Plano de ação numa situação de crise,
- Estilos de vida saudáveis,
- Lazer e viagens,
- Exercícios no domicílio,
- Indicações e implicações de oxigenoterapia de longa duração

Este programa de intervenção quando comparado com um grupo de controlo, demonstrou apresentar benefícios, nomeadamente na diminuição do número de consultas não programadas, diminuição do número de hospitalizações e na melhoria da qualidade de vida. Após a implementação deste programa, verificou-se que seria pertinente a introdução de um módulo em fossem abordados cuidados em fim de vida.

Os autores referem ainda o momento da reabilitação pulmonar como um momento privilegiado para discutir com os doentes assuntos mais sensíveis: relacionados com a sexualidade e com diretivas antecipadas de vontade.

OS OBJETIVOS DA VNI EM CUIDADOS PALIATIVOS

O início da VNI deve ser devidamente fundamentada, na capacidade de proporcionar conforto e aliviar a dispneia. Os objetivos da VNI em cuidados paliativos devem ser: diminuir a dispneia e/ou “dar tempo” para concretizar objetivos (prazos aceitáveis). A equipa de saúde em conjunto com o doente e família devem pesar frequentemente benefícios vs desconforto e suspender a VNI se o desconforto superar os benefícios.

CONCLUSÃO

- - Quando encaminhar para cuidados paliativos?
 - Ficaria surpreso se o seu doente morrer no próximo ano?
- - Ênfase na tomada de decisão e diretivas antecipadas de vontade;
- - Ênfase na autogestão de exacerbações;
- - Ênfase numa abordagem planeada e estruturada;
- - Componentes da Reabilitação Pulmonar.

ANEXOS

Anexo 1 – Certificado de Aproveitamento para utilização da NIHSS



NIH Stroke Scale Intl.
Português



Certificado de Aproveitamento

Carlos Rodrigues

Completo com sucesso

NIHSS-Português Grupo A-V3 – 1ª Certificação

on terça-feira, 22 de Janeiro de 2013